

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POST GRADO

**Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el
Centro de Salud Miguel Grau Distrito de Chaclacayo
2013**

TESIS

**Para optar el Grado Académico de Magíster en Gerencia De
Servicios De Salud**

AUTORA

Rossana María Redhead García

Lima – Perú

2015

**Aceptación o veredicto de la tesis por los miembros del jurado
examinador**

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mi esposo por estar a mi lado apoyándome constantemente, ser paciente en este tiempo para cumplir una nueva meta.

A mis padres, quienes me enseñaron que en la vida hay que luchar para alcanzar nuestras metas y que la perseverancia nos hace cumplir nuestras metas.

A mi mejor amiga Jennifer, quien a la distancia me brindó su apoyo incondicional para llegar al final de este camino.

AGRADECIMIENTO

Mediante este trabajo quisiera agradecer a mi asesor, quien con su notable experiencia supo guiarme para su correcta elaboración.

A la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por darnos la oportunidad de poder demostrar que podemos ser buenos profesionales.

Índice general

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
Lista de cuadros	vii
Lista de figuras	viii
Resumen	ix
Abstract	x
 CAPITULO 1: INTRODUCCION	 1
1.1. Situación Problemática	1
1.2. Formulación del Problema	4
Problema General	4
Problemas Específicos	4
1.3. Justificación teórica	5
1.4. Justificación práctica	6
1.5. Objetivos	6
1.5.1. Objetivo general	6
1.5.2. Objetivos específicos	6
CAPITULO 2: MARCO TEORICO	7
2.1. Marco Filosófico o epistemológico de la investigación	7
2.2. Antecedentes de investigación	9
2.2.1. Antecedentes Nacionales	9
2.2.2. Antecedentes internacionales	16
2.3. Bases Teóricas	23

2.3.1. Calidad de Servicio	23
Modelos de Calidad del Servicio	25
2.3.1.1. Calidad de los Servicios de salud	27
2.3.2. Satisfacción del Usuario	32
2.3.2.1. Definición de Satisfacción	32
2.3.2.2. Los Niveles de Satisfacción	36
2.3.2.3 .Dimensiones de Satisfacción	37
2.3.3. Calidad de atención médica	44
2.3.3.1. Definición	44
2.3.3.2. Componentes de la calidad asistencial	47
2.3.3.3. Calidad máxima versus calidad óptima	48
2.3.3.4. Motivaciones para la mejora de la calidad.....	49
2.3.3.5 .Planificación, evaluación y mejora de la calidad asistencial	50
2.3.3.6. Metodología de la evaluación de la calidad asistencial.....	51
2.3.3.7. El diseño de las acciones de mejora	53
2.3.3.8. La aplicación práctica de la mejora de la calidad: el diseño de	54
planes de calidad.....	54
2.3.3.9. Factores de éxito en la implantación de un programa de mejora.....	55
de calidad.....	55
2.3.3.10. Evaluación de los grados de calidad de los centros.....	56
2.3.3.11. La relación de la calidad con el individuo y la sociedad	57
2.3.3.12. La calidad asistencial y su relación con la ética.....	57
2.3.3.13. La calidad asistencial y su relación con los costes.....	58
2.3.3.14. Indicadores de la calidad de atención médica	64
2.3.3.15. Clasificación de indicadores de calidad de atención médica	66
2.3.3.16. Indicadores de calidad de la estructura.....	67
2.3.3.17. Indicadores de la calidad del proceso	68
2.3.3.18. La historia clínica como un importante indicador del proceso	69
2.3.3.19 .Indicadores de calidad basados en los resultados.....	70
2.3.3.20. Indicadores de resultados: indicadores centinela	71
2.3.3.21. Indicadores de resultados: Indicadores de datos agregados.....	72
(continuos o basados en tasas).....	72
2.3.3.22. Indicadores de resultados: Indicadores trazadores	74
2.3.3.23. Indicadores basados en la opinión de los pacientes	75
2.3.3.24. Indicadores positivos y negativos.....	78
2.3.3.25. Indicadores de eficiencia	78

2.3.3.26. Indicadores que miden el aprovechamiento del recurso cama.....	81
2.3.3.27. La estadía hospitalaria	81
2.3.3.28. Las variables para los ajustes	85
2.4. Definición de términos básicos.....	86
CAPITULO 3: METODOLOGIA	88
3.1. Hipótesis.....	88
3.1.1. Hipótesis General	88
3.1.2. Hipótesis Específicas	88
3.2. Variables	89
3.2.1. Definición conceptual	89
3.2.2. Definición operacional	90
3.3. Metodología	90
3.3.1. Tipo de estudio.....	90
3.3.2. Diseño.....	92
3.4. Población y muestra.....	93
3.5. Método de investigación.....	94
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	95
3.7. Métodos de Análisis de datos	97
CAPITULO 4 : RESULTADOS Y DISCUSION	99
4.1. Presentación de resultados.....	99
4.2. Pruebas de hipótesis	107
4.2. Análisis, interpretación y discusión de resultados	116
CONCLUSIONES	120
RECOMENDACIONES	121
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	123
ANEXOS.....	134
ANEXO 01: Cuestionario de satisfacción del usuario de consultas externas (SUCE).....	134
ANEXO 02: Cuestionario de Calidad del Servicio	135
ANEXO 03: Matriz de consistencia lógica de datos	137
ANEXO 04: Cuadro de operacionalización de variables.....	139

Lista de cuadros

Cuadro 1. Casos de sucesos considerados centinela	72
Cuadro 2. Casos de Indicadores de datos agregados	73
Cuadro 3. Correlaciones de la Calidad del Servicio y Satisfaccion del Usuario del Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo.....	107
Cuadro 4. Correlaciones de la Fiabilidad y Satisfaccion del Usuario del Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo	108
Cuadro 5. Correlaciones de la Capacidad de Respuesta y Satisfaccion del Usuario del Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo	110
Cuadro 6. Correlaciones de la Seguridad y Satisfaccion del Usuario del Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo	112
Cuadro 7. Correlaciones de la Empatía y Satisfaccion del Usuario del Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo	113
Cuadro 8. Correlaciones de los elementos tangibles y Satisfaccion del Usuario del Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo	115

Lista de figuras

Figura 1. Distintas acepciones del concepto de la calidad asistencial en función de quien lo utiliza.	47
Figura 2. El ciclo de evaluación y mejora de la calidad	52
Figura3. Correlación entre la cantidad y la calidad.	59
Figura 4. Correlación entre el beneficio sanitario y los recursos utilizados. ..	60
Figura 5.- Correlación entre el riesgo y la cantidad de recursos empleados.	61
Figura 6. Correlación entre la utilidad y los recursos.	62
Figura 7. Efectos posibles de los programas de calidad sobre los costes.....	63
Figura 8. Sexo de los encuestados del Centro de Salud “Miguel Grau”	100
Figura 9. Estado civil de los encuestados del Centro de Salud “Miguel Grau”	100
Figura 10. Edad de los encuestados del Centro de Salud “Miguel Grau”	101

Resumen

El presente trabajo se desarrolló con el objetivo de establecer la relación que existe entre la calidad de servicio y la satisfacción del usuario del centro de salud “Miguel Grau” de Chaclacayo, en el año 2013. En esa investigación se utilizó el diseño de investigación no experimental, transeccional y descriptivo correlacional.

Para recopilar la información se usó el cuestionario de calidad de servicio (servqual) y el cuestionario de satisfacción del cliente externo. La muestra fue de 317 de clientes externos del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo.

Se demostró con esta tesis que sí existe una relación directa y significativa entre la calidad del servicio y la satisfacción del usuario, de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo , 2013.

PALABRAS CLAVES: calidad del servicio, satisfacción del usuario, empatía, elementos tangibles, fiabilidad, seguridad, capacidad de respuesta.

Abstract

The present work was developed with the aim of establishing the relationship between service quality and user satisfaction of the health center "Miguel Grau" Chaclacayo, in 2013. In this research the research design was used not experimental, transactional and descriptive correlational.

To gather information questionnaire quality of service (servqual) and the satisfaction questionnaire was used external user. The sample included 317 external users of the Health Centre "Miguel Grau" Chaclacayo.

It was shown with this thesis that there exists a direct and significant relationship between service quality and user satisfaction of users of the Health Centre "Miguel Grau" Chaclacayo, 2013.

KEYWORDS: service quality, customer satisfaction, empathy, tangibles, reliability, security, responsiveness.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCION

1.1. Situación Problemática

En los tiempos actuales los hospitales a nivel mundial, cumplen labores orientadas a la satisfacción médica completa, curativa y preventiva de todas las personas, por lo cual debe tener altos niveles de calidad de servicio para lograr la satisfacción de los clientes externos que se dirigen a las diversas instituciones de salud como hospitales, clínicas, centros de salud, etc.

La calidad de servicio consiste en la discrepancia entre los deseos de los usuarios acerca del servicio y la percepción del servicio recibido. Parasuraman, Zeithaml y Berry (1993).

Según la OMS, la calidad, es la comparación del nivel de atención en el aquí y ahora, con la que se establece en el nivel deseado de la atención. Este concepto refleja la idea de que la calidad no es percibida por todos por igual, o al mismo nivel, que el estado de desarrollo de la población mundial; no es uniforme y por lo tanto también el nivel de atención de la salud no es homogénea. Fuente: OMS (1986)

Mezomo también señala que la calidad de la salud se basa en la filosofía de la mejora continua de la calidad, aprobado en la industria, desde hace cincuenta años con excelentes resultados, lo que elevó la conciencia de los

servicios de salud de muchos países para resolver los problemas que les afectan. Fuente: Mezomo (2001).

Clearly y McNeil definen la satisfacción, como la reacción del usuario a los aspectos de la atención recibida, haciendo hincapié en los elementos subjetivos ligados a su experimentar medidas de evaluación cognitiva, de la reacción emocional del usuario y de la estructura, proceso y / o resultados de la atención. Fuente: Clearly y McNeil (1988).

La satisfacción de los usuarios, se refiere a la amplia gama de reacciones de los usuarios a la experiencia de la atención de la salud y tiene en sí mismo un uso complejo. Se entiende desde muchos ángulos, teniendo diferentes significados en diferentes contextos, es un término subjetivo, dinámico, con un fuerte valor cultural y por lo tanto sujeto a cambios constantes. Fuente: Ribeiro (2003).

En el Perú hay diversos hospitales que pertenecen a ESSALUD, Ministerio de Salud (MINSA), Hospitales de Solidaridad, etc. El Centro de Salud “Miguel Grau”, es el lugar donde se realizó el presente estudio que pertenece al Ministerio de Salud y está localizado en el distrito de Chaclacayo.

Los problemas referidos a las variables calidad de servicio y satisfacción del usuario del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo, 2013, son:

- Trato inadecuado de algunos médicos, que en ocasiones faltan el respeto a los pacientes.
- Los pacientes programados para cirugía esperan más tiempo que la fecha programada, debido a la falta de camas en hospitalización, sala de operaciones y falta de personal.
- Los equipos médicos son obsoletos en algunas áreas de atención médica.

- Los pacientes del seguro Integral de Salud hacen largas colas para obtener su consulta o su programación de operación.
- Falta de sensibilidad del área de asistencia social en la exoneración o reducción de costos de algunos pacientes en situación precaria.
- Los médicos de algunas áreas del Centro de Salud no mantienen suficiente comunicación con los pacientes o sus familiares, para explicarles el seguimiento de los problemas de salud de los pacientes.
- La farmacia de emergencia del Centro de Salud de Chaclacayo no cuenta con diversos medicamentos que recetan los médicos, por lo que los pacientes o sus familiares tiene que gastar más dinero en farmacias particulares.
- La atención en el laboratorio de emergencia es lenta.
- La atención para tomarse exámenes radiológicos es muy lenta.
- Los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia no son adecuados para orientar a los pacientes.
- La emergencia no tiene personal adecuado para informar y orientar a los pacientes.
- Los trámites para la hospitalización de los pacientes demoran mucho tiempo.
- Los análisis de laboratorio solicitados a los pacientes por los médicos implican mucha demora.
- Los trámites para el alta de los pacientes ocasiona mucha demora.
- Algunos médicos no son amables, no son respetuosos y no tienen paciencia en la atención de los pacientes.
- Los servicios higiénicos para los pacientes no se encuentran limpios.
- La atención a los pacientes en algunos casos no se realizó según el horario publicado en el establecimiento de salud.
- Hay casos de pacientes que se van a operar y hacen trámites y el médico les entrega una ficha con su firma indicándole la fecha de operación, y algún personal técnico de Enfermería se descuida y pierden la ficha médica del paciente, originándole que de nuevo haga el trámite con otros costos y tiempo.

- Hay cierto personal de admisión, farmacia y técnicas de Enfermería que no tratan con amabilidad, respeto y paciencia a los pacientes del Centro de Salud de Chaclacayo.

1.2. Formulación del Problema

Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre la calidad del servicio y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013?

Problemas Específicos

P.E.1: ¿Cuál es la relación que existe entre la fiabilidad y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013?

P.E.2: ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad de respuesta y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013?

P.E.3: ¿Cuál es la relación que existe entre la seguridad y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013?

P.E.4: ¿Cuál es la relación que existe entre la empatía y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013?

P.E.5: ¿Cuál es la relación que existe entre los elementos tangibles y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013?

1.3. Justificación teórica

La presente investigación es importante porque permitirá conocer el diagnóstico de la calidad del servicio, según el modelo de SERVQUAL, en el Centro de Salud Miguel Grau, distrito de Chaclacayo en el periodo 2013, con una descripción real y original de los aspectos referidos a la empatía, elementos tangibles, fiabilidad, seguridad, capacidad de respuesta, que permitan que en su hallar dicha relación, se encuentre la satisfacción del usuario externo del mencionado Centro de Salud.

El aporte de la tesis coadyuvó con los resultados hallados en el acervo cognoscitivo de la Ciencia de Administración y Gerencia de Servicios de Salud, también permitirá realizar la contrastación empírica de la realidad con los paradigmas teóricos de calidad del servicio, satisfacción del usuario, así como indagar sobre su asociación.

La originalidad y novedad de la investigación, se basa en que este estudio nos proporcionará nuevos conocimientos sobre la calidad de servicio y la satisfacción del usuario externo en que se vive, en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, en el tiempo determinado del año 2013, caracterizando las cualidades o propiedades de la calidad de servicio, que perciben los usuarios del centro de salud en estudio, las cuales influyen en su satisfacción.

1.4. Justificación práctica

La investigación servirá a los directivos del Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, en la que se realizará el estudio, para formular planes de intervención e implementar políticas y prácticas adecuadas para mejorar la calidad de servicio y satisfacción de los usuarios a las consultas externas de este Centro de Salud.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la calidad del servicio y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.

1.5.2. Objetivos específicos

O.E.1: Investigar la relación que existe entre la fiabilidad y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.

O.E.2: Conocer la relación que existe entre la capacidad de respuesta y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.

O.E.3: Identificar la relación que existe entre la seguridad y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.

O.E.4: Determinar la relación que existe entre la empatía y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.

O.E.5: Establecer la relación que existe entre los elementos tangibles y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.

CAPÍTULO 2: MARCO TEORICO

2.1. Marco Filosófico o epistemológico de la investigación:

El término calidad, tiene referencias filosóficas de tiempos antiguos, procede del latín "qualitas" y fue usada por primera vez por Cicerón. Esta palabra se divulgó en forma rápida, su significado varió originando confusiones. Ésta con frecuencia se usó como sinónimo de "propiedad".

Su condición de categoría, y su concepción filosófica, fue iniciada en la Filosofía por Aristóteles, que fue el primero en formular un sistema de conceptos universales en la que se presenta la categoría de cualidad, la que constituye una constante del pensamiento filosófico en mucho tiempo.

Sobre la calidad hay diversas definiciones como : Aptitud para el uso, Satisfacción del cliente, Conveniencia al uso o conveniencia al propósito, Conformidad con los requisitos, Un producto libre de defectos, Capacidad para satisfacer las expectativas del consumidor, el cumplimiento o superación de las expectativas del cliente a un costo que le represente valor.

La filosofía se ha centrado en las cuestiones de definición; la economía en la maximización de ganancias y el equilibrio del mercado; la comercialización en las determinantes del comportamiento adquisitivo, la satisfacción del cliente y la dirección operativa, en las prácticas de ingeniería y el control de la fabricación.

El resultado ha sido una afluencia de enfoques de un mismo objeto, iniciando cada uno de ellos, en un marco de referencia analítica diferente y con su terminología y base conceptual específica.

Garvin ha propuesto que hay cinco aproximaciones principales de calidad: trascendente de la filosofía, basada en el producto, basada en el usuario, basada en la fabricación y basada en el valor. Gavin (1992)

Es necesario entonces desplazar activamente la aproximación a la calidad a medida que los productos pasan del mercado al diseño y de éste a la fabricación y luego al servicio de postventa en interrelación con los aspectos de la gestión estratégica de la calidad.

Las características que connotan la calidad deben identificarse primero mediante una investigación de mercados (aproximación basada en el usuario); estas características deben traducirse entonces en atributos identificables del producto (aproximación basada en el producto); y el proceso de fabricación debe organizarse para asegurar que los productos cumplan exactamente con las especificaciones (aproximación basada en la fabricación). Un bien y servicio que ignore cualquiera de estos pasos no se convertirá de buena calidad.

Actualmente, existe una confianza legítima de los ciudadanos y la comunidad en general, que el cuidado de la salud debe ser de Calidad: asequible, adecuada y efectiva, con bajo riesgo y adecuados costos sociales.

Pisco (2001).

La calidad no es un concepto estático, es un tema complejo con una multitud de interpretaciones y debe ser considerada en el contexto de un sistema de salud en una sociedad en constante evolución.

La calidad de la salud utiliza conceptos desarrollados originalmente en el sector industrial, en los últimos cincuenta años en la Gestión de la Calidad Total, es la adopción de una filosofía empresarial con el objetivo de mejorar el rendimiento del mercado.

Sales, indicó que "Esta misma filosofía también puede ser utilizada para mejorar la calidad de la atención prestada por los servicios de salud, críticamente observando si es realmente necesario para la producción de bienes de calidad o, en este caso, los servicios ". p.43.

De acuerdo con esta perspectiva, es importante desarrollar procesos participativos como una estrategia para definir las mejores y más productivas formas de adhesión a estándares y normas de producción más adecuado acorde, con los criterios técnicos disponibles. El cliente es el elemento principal en la definición de la calidad de servicio desde el punto de vista de la producción y el consumo. Sales (1998)

2.2. Antecedentes de investigación

2.2.1. Antecedentes Nacionales

En su tesis denominada "Nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en el tópico de medicina del servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Enero del 2015". Huerta (2015).

El Objetivo de esta investigación científica fue Determinar el nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en el Tópico de Medicina del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Enero del 2015.

Se aplicó un Diseño cualitativo, descriptivo, transversal. La medición de la satisfacción del usuario se realizó mediante la encuesta SERVPERF modificada, el cual mide la satisfacción del usuario de acuerdo a sus percepciones. El muestreo fue por conveniencia y estuvo constituida por 77 personas (usuarios y acompañantes). El procesamiento de datos se realizó

de acuerdo al rango de satisfacción.

El 92.2% de los usuarios estuvieron satisfechos con la atención. Las dimensiones de fiabilidad, seguridad, empatía y aspectos tangibles de la encuesta SERVPERF resultaron con más del 80% de usuarios satisfechos (94.3%, 89.6%, 89.6 % y 84.5%; respectivamente); pero la dimensión capacidad de respuesta resultó con la mayor cantidad de usuarios insatisfechos – muy insatisfechos y extremadamente muy insatisfechos (23.4%)

El nivel de satisfacción global de los usuarios atendidos en el Tópico de Medicina fue de 92.2 % Las variables con mayor insatisfacción fueron la atención en caja, admisión y laboratorio de emergencia; el trato del personal de emergencia, la limpieza y comodidad del servicio.

Gallardo, A. y Reynaldos, K, en su tesis titulada “Calidad de servicio: satisfacción usuaria desde la perspectiva de enfermería”.

El Objetivo de este trabajo de investigación fue: Analizar los estudios realizados en el área de salud con enfoque en percepción y expectativas de servicio. Gallardo, Ay Reynaldos (2014).

El diseño y método de investigación consistió en la búsqueda a través de las bases de datos: PubMed, Trip Database, Cochrane, además de Google Scholar y SciELO, con el propósito de analizar estudios relacionados con calidad de servicio. Los límites comprendieron: textos completos, idioma español y/o inglés, de los últimos 10 años y acceso gratuito. Se seleccionaron 17 artículos para la revisión.

Se concluyó que la calidad de servicio, es percibida de diferentes maneras. Existen múltiples factores que determinan la percepción de calidad de servicio uno de ellos es el estado de salud de los usuarios.

Según lo expuesto en los resultados, existen estudios que revelan que un mayor número de enfermeras puede asociarse a una mejor experiencia por

parte de los usuarios. Con esto se corrobora que la dimensión ontológica de nuestra disciplina es el cuidado, el cual debe ser centrado en el paciente, con un enfoque biopsicosocial apuntando hacia la integralidad en un contexto de respeto a sus valores e identificando sus necesidades y considerando las expectativas del usuario, todo esto con la finalidad de otorgar un cuidado de calidad. Es fundamental en la actual gestión integral de los servicios de salud, conocer a los clientes mediante información cuali y cuantitativa. La medición de estos aspectos se torna imprescindible debido a que si tenemos una población partícipe, para saber qué opina con respecto a los servicios otorgados, tendremos una retroalimentación constante de aquellos puntos perfectibles en la práctica, mejorando los procesos y ayudando a que el trabajo en equipo tenga orientación al usuario como herramienta de mejora de la calidad.

Realizaron un trabajo de investigación científica “Las reclamaciones de los usuarios en un centro pediátrico de referencia nacional en Lima, Perú”.

El objetivo de esta investigación fue Identificar las características de las reclamaciones de los usuarios externos de un centro pediátrico de referencia nacional. Shimabuku (2014)

El diseño de investigación fue el estudio descriptivo, retrospectivo. Del libro de reclamaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, entre julio 2011 y setiembre 2012, se elaboró una base de datos. El paciente podía tener más de un motivo de reclamación. Principales medidas de resultados fueron Datos demográficos, frecuencia, motivos, tiempo de resolución, personal aludido y resultados de las reclamaciones.

Se recolectó 283 copias de formatos que contenían 358 motivos de reclamaciones, siendo los más frecuentes: trato inapropiado 32,1%, tiempo de espera prolongado 18,4%, información deficiente 14,5%, dificultad para el acceso en la atención 9,5%, extravío de documentación 7,8%, problemas de comunicación 7,5%, privilegios 5,9%, disconformidad con aspectos tangibles 4,2%. Las áreas que recibieron más reclamaciones fueron: consultorios

externos 41,7% (tasa de 0,5 por mil pacientes), vigilancia 9,2%, Servicio Bajo Tarifario Diferenciado (privado) 9,2% y Caja 6,0%. El 60% de las reclamaciones fueron resueltas y, de estas, el 84,2% antes de los 28 días. En relación al personal de salud aludido en los reclamos estuvieron: médico (26,4%), técnica de enfermería (13,9%), personal administrativo (12,2%), vigilante (12,2%), personal de archivo (9,7%), enfermera (9,0%), cajero (5,9%), admisionista (2,1%).

Conclusiones: Las características de las reclamaciones sugieren intervenciones correctivas y educativas más apropiadas para así minimizar los reclamos de los usuarios o disminuirlas. Es necesario evaluar periódicamente las reclamaciones para aumentar la satisfacción de los usuarios

En su tesis titulada “Percepción y Expectativas de la calidad de la atención de los servicios de Salud de los usuarios del centro de Salud Delicias Villa-Chorrillos en el Periodo Febrero-Mayo 2013”. García D. (2013)

El Análisis secundario de los datos de la Encuesta SERVQUAL modificada para los establecimientos de salud por medio del programa Microsoft Excel 2010 aplicativo Epi Info, validado según RM 52-2011 MINSA. Fueron entrevistados 192 usuarios del Centro de Salud Delicias de Villa Chorrillos respectivamente de los diferentes servicios ofrecidos en el centro de salud. Las variables de estudio fueron: nivel de fiabilidad del usuario, capacidad de respuesta del Centro de Salud, grado de empatía y la seguridad que ofrece el profesional de salud, así como la evaluación de los aspectos tangibles que brinda el Centro de Salud Delicias de Villa-Chorrillos. Aplicándose un estudio observacional, descriptivo, transversal.

De los 192 pacientes encuestados en el Centro de Salud Delicias de Villa en Chorrillos, se determinó que el 55% de los usuarios encuestados, estaba insatisfecho con la calidad de atención brindada en dicho centro, siendo un 45% que indicaba encontrarse satisfecho.

De los niveles de satisfacción según las dimensiones consideradas en ésta Evaluación, se obtuvo mayor satisfacción en las dimensiones de empatía y seguridad; ya que de todos los encuestados el 52% indicó estar satisfecho con los aspectos encerrados en la dimensión de empatía (preguntas 14-18) y el 51.8% en la dimensión de seguridad (preguntas 10-13) a diferencia de las otras dimensiones que muestran un grado mayor de insatisfacción como en la dimensión de fiabilidad 58.5%, capacidad de respuesta 60.5% y aspectos tangibles 59.6%.

Según los resultados obtenidos podemos concluir que para los pacientes atendidos en el Centro de Salud Delicias de Villa, lo más importante es el buen trato que reciben, de todos los profesionales de la salud; siendo puntos Importantes: el respeto por su privacidad, una buena comunicación y el sentirse escuchados, demostrado en la dimensión de empatía y seguridad. Es en estas dimensiones en las que debemos trabajar con mayor énfasis para cumplir las expectativas de nuestros pacientes y así disminuir el grado de insatisfacción presente en dicha evaluación en un 55% de todos los encuestados, en lo cual se tiene que enfatizar para mejorar la satisfacción de los usuarios.

En su trabajo de investigación denominado “Calidad de servicio en la consulta externa de un hospital de la región Lambayeque Octubre 2010. Se realizó con la finalidad de evaluar la calidad de servicio según el grado de satisfacción percibido por las personas de la consulta externa en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Se correspondió a una investigación descriptiva, transeccional y observacional. Se seleccionó de manera no probabilística, una muestra de 106 personas (proporción de 44,36%), constituida por los usuarios de los consultorios externos del Hospital

Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en Octubre de 2010. Se usó un muestreo no probabilístico, empleándose la encuesta SERVQUAL modificada a 19 pares. (Aspectos tangibles, Confiabilidad, Respuesta rápida, Seguridad y Empatía). **Niño, B. y otros (2012)**

El nivel de satisfacción se determinó calculando la diferencia, entre las respuestas para las expectativas y las percepciones; < 0 = satisfacción amplia; 0 = satisfacción; > 0 y ≤ 2 = insatisfacción leve/moderada; > 2 = insatisfacción severa. Los datos fueron analizados con el SPSS. Se utilizó estadística descriptiva; análisis bivariado de las medias, test T de Student y test de Anova; χ^2 ; y un análisis multivariado aplicando la regresión lineal múltiple. Resultados: Luego de evaluar a las personas de la consulta externa en el hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, se halló una insatisfacción global de 89,80% e insatisfacción en la dimensión confiabilidad 88%; las dimensiones tangibles (81,50%), seguridad (47,66%), respuesta rápida (84,30%) y empatía (80,50%). Se concluyó en la presente investigación que sí existe insatisfacción en cuanto a la calidad de servicio de consulta externa, según la percepción de las personas.

Nivel de Satisfacción de los Usuarios del Consultorio de Nutrición del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Cuyo objetivo es identificar el nivel de satisfacción de los usuarios. Metodología: de un enfoque cuantitativo, de tipo observacional, descriptivo transversal. Se realizó encuestas según el enfoque Donavedian. Participantes, 75 personas entre 18-70 años, predominando el sexo femenino (98%) ama de casa (67%) con instrucción secundaria completa o incompleta (56%). Resultados: la mayoría de usuarios, es decir, 76% manifestaron estar satisfechos y 14% muy satisfechos con la atención recibida. La dimensión: relaciones interpersonales registro 81% satisfechos, 19% muy satisfechos; la dimensión capacidad técnica registró 76% de satisfacción, 20% muy satisfechos, 4% ni insatisfechos/ ni satisfechos y la dimensión entorno registro 45% satisfechos, muy satisfechos 10%, muy satisfechos y 45% ni insatisfechos/ ni satisfechos. Conclusiones: en general la mayoría de usuarios manifiestan estar satisfechos con la atención del Consultorio de Nutrición del Hospital Nacional

Hipólito Unanue, debiendo mejorar en la dimensión entorno, especialmente en reducir el Tiempo de Espera para ser atendido. León (2012)

Los factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos de la clínica de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La presente investigación es de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal, que tuvo como objetivo general, identificar los factores que influyen en la percepción de la calidad del usuario externo de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La población estuvo conformada por todos los pacientes que recibieron atención en las clínicas durante el segundo semestre del año 2011. La muestra estuvo integrada por 210 pacientes, mayores de 14 años, que fueron elegidos en diferentes áreas de la clínica, para lo cual se realizó un muestreo aleatorio simple bietápico. Se utilizó el instrumento SERVQHOS modificado que fue validado por pruebas piloto a través de análisis factorial exploratorio y alfa de cronbach, donde se obtuvo una alta consistencia interna. Los resultados obtenidos mostraron que los factores socio-demográficos que influyen en la percepción de la calidad son la edad y el grado de instrucción de los pacientes, encontrándose en ambos asociación estadísticamente significativa entre las variables ($p < 0,05$). También se determinó que las dimensiones pertenecientes a la calidad subjetiva como puntualidad en la atención y tiempo de espera son las que influyen negativamente en la percepción de la calidad. No presentándose en la calidad objetiva diferencias entre sus dimensiones. Los niveles de percepción de la calidad total de los usuarios externos de la Clínica Odontológica de San Marcos fueron regular en un 71,4%; 27,1% como buena y un porcentaje muy pequeño como mala (1,4%). En conclusión éste trabajo se centró en explorar y determinar, aquellos factores o componentes principales, que ejercen un mayor impacto sobre la percepción de la calidad de los usuarios o pacientes de la Clínica. Esto permite constituir una base para la puesta en marcha de mejoras en dicha institución, con la consecuente mayor satisfacción de sus clientes y un mejoramiento continuo de la calidad. Rodríguez (2012)

La percepción de la calidad de atención, en el programa de planificación familiar, del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Objetivo: analizar la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios, en el programa de planificación familiar. Metodología: Se realizó un estudio Descriptivo de Corte Transversal prospectivo y cualitativo, sobre la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención recibida en los servicios de planificación familiar del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo Enero-Febrero 2012, mediante la aplicación de una encuesta a los usuarios del servicio en presencia del encuestador. Se obtuvo 87 usuarios encuestados que acudieron al servicio de planificación familiar del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Resultados: se tiene que el 35,6 % tuvo un tiempo de espera de más de 60 minutos y el 31 % tuvo un tiempo de espera de entre 31 a 60 minutos, esto también daría lugar a un menor tiempo de duración en la atención por cada paciente de entre 5 a 10 minutos que es de 74,7 % , se evidencia altos porcentajes que piensan que el tiempo de espera es mucho a través de un 60,9 % de los casos, mientras que en la duración de la entrevista un 85,1 % de los pacientes manifestó que es aceptable dicha duración de tiempo. Respecto al trato del personal se evidencia un porcentaje de 98,9 % mediante un respeto y discreción hacia el paciente, la privacidad del usuario con un 97.7%, denotar la percepción del trato del personal de admisión, un alto porcentaje 86,2 % manifestó que el trato fue bueno, otro porcentaje (12,6%) manifiesta un trato regular. Conclusiones: A pesar de que las personas tienen una percepción favorable del Hospital, el tiempo de espera es uno de los principales factores y el principal problema presente en el programa de planificación familiar del Hospital nacional Arzobispo Loayza, el cambio en el manejo de las historias por otro servicio sería un tema de análisis para posteriores trabajos. Ríos (2012)

2.2.2. Antecedentes internacionales

En un trabajo de investigación titulado “Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital”.

El objetivo de este trabajo científico fue: evaluar la calidad de los cuidados de enfermería, la satisfacción de los pacientes y la correlación entre ambos.

Se realizó un estudio transversal, con la participación de 275 pacientes hospitalizados en un hospital universitario en el Centro-Oeste de Brasil. Los datos fueron recolectados a través de la aplicación simultánea de tres instrumentos.

Entre los cuidados de enfermería que se evaluaron, sólo dos se consideran seguros - higiene y comodidad física; la nutrición y la hidratación - mientras que el resto fueron clasificados como pobres. Sin embargo, los pacientes se mostraron satisfechos con la atención recibida en los dominios evaluados: técnico-profesional, la confianza y la educación. Esto puede estar justificada por la débil correlación que se observó entre estas variables.

A pesar de que el déficit de la calidad, el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería recibida fue alta. Estos resultados indican que la institución necesita para centrar sus objetivos, en un sistema de evaluación continua de la calidad de la atención, con el objetivo de atender a las expectativas de los pacientes. Santana (2014)

Realizaron su trabajo de investigación denominado “Factores determinantes en la calidad del servicio sanitario en México: caso ABC”.

El estudio tuvo como objetivo identificar los factores determinantes en la calidad del servicio de salud, desde la percepción del usuario en Tamaulipas, México. Se llevó a cabo mediante la estrategia de estudio de

caso. Se aplicaron 120 cuestionarios a usuarios que voluntariamente decidieron participar. Para el análisis de fiabilidad de la escala se determinó el Alpha de Cronbach. Con base en el análisis factorial exploratorio se identificaron cinco factores que determinan la calidad de los servicios sanitarios en el hospital ABC. De acuerdo a la percepción de los usuarios, la calidad de los servicios en la unidad de análisis se categorizó en un nivel cercano a bueno en cuatro factores: trato al paciente y empatía, efectividad y oportunidad, tiempos de espera, seguridad y limpieza.

Se identificó un factor, el de capacidad de respuesta, con la más baja valoración, en esta dimensión un porcentaje mayoritario (52.5%) manifestó que el tiempo de espera en la consulta externa va de pésimo a regular; el 48.3 % de los usuarios calificó de nivel incipiente el servicio de urgencias; mientras que el 43.3% señaló que el tiempo de espera para las consultas de especialidad va de pésimo a regular. Al tratarse de un hospital certificado en estándares internacionales y con reconocimiento importante en su desempeño, los hallazgos del presente estudio evidencian áreas débiles en la prestación de los servicios sanitarios que ofrece. Pedraza (2014)

Escribieron su trabajo de investigación denominado: “Satisfacción de usuarias del Control Prenatal en Instituciones de Salud Públicas y factores asociados de Cartagena”.

Se realizó un estudio analítico, con una muestra de 712 embarazadas de bajo riesgo, atendidas en 25 instituciones públicas de Cartagena y seleccionadas por muestreo estratificado. Para la recolección de información se utilizó la Encuesta de satisfacción de usuarios externos de los servicios ambulatorios en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, propuesta y avalada por la Superintendencia Nacional de Servicios de Salud.

Además, fueron calculadas razones de disparidad para estimar la relación entre las variables. Se halló que el promedio de edad de las 712 embarazadas participantes fue de 23 años (DE = 4,9 años), la mayor

proporción pertenecientes al estrato 1 [53,7% (382)]. El 84% (598) manifestaron sentirse satisfechas con el servicio que recibieron en la IPS donde fueron atendidas.

Son factores asociados a la satisfacción, el buen trato por parte de enfermería (OR = 48,204 - IC 95% = 14,943-155,501) y proceder del área urbana (OR = 8,954 - IC 95% = 5,251-15,267). Se determinó que existe la buena percepción de las usuarias, en relación a la interacción con el profesional que las atiende, es un factor determinante para estar satisfecha y puede favorecer la adherencia de éstas al cuidado prenatal, independiente de otros factores relacionados con la calidad de los servicios de salud. Castillo (2014)

Realizó su investigación: "Medición de la calidad de atención en los servicios de rehabilitación.(Servicio de Rehabilitación del Hospital Francisco Antonio Rísquez)". Diz L. (2010).

El propósito de este trabajo de investigación fue evaluar la calidad de atención en el servicio de rehabilitación del Hospital "Francisco Antonio Rísquez", determinando así, cuáles aspectos deben ser considerados para la medición de la calidad de atención en los servicios de rehabilitación.

La población objeto de este estudio estuvo integrado por 27 personas que laboran en el servicio y 10 usuarios, a los que se les realizaron encuestas para valorar la satisfacción del personal que laboran en el servicio y satisfacción de los usuarios. Además, se realizó una entrevista al Jefe del Servicio para evaluar la calidad de la atención tomando en cuenta las variables en contexto, demanda efectiva atendida, ofertas y procesos.

Para el análisis de los datos y sus resultados, se utilizó la sumatoria de las calificaciones ponderadas obtenidas en cada dimensión de la variable y en la

evaluación global de la calidad de atención del Hospital, tomando como base la escala de calificación ponderada establecida en el modelo DOPRI. Se encontró desarticulación en el contexto institucional, debido a que el Servicio evaluado tiene poca participación en planificación, ejecución y control de actividades relacionadas con la discapacidad, todo esto limita su capacidad de responder a las demandas. En relación Demanda Efectiva atendida, podemos concluir que su resultado fue inadecuado debido a que principalmente el número de médicos es insuficiente para cubrir las demandas, y en las áreas físicas están siendo subutilizadas. La estructura orgánica no está bien definida, los organigramas existentes no están en total correspondencia con los estatutos, visión, misión, estrategias y servicios.

La estructura funcional presenta la debilidad de que no se realiza inducción al personal sobre sus funciones. La pobre satisfacción laboral está asociada principalmente a la remuneración, a las condiciones de infraestructura y recursos. Los usuarios estaban satisfechos con la atención recibida en todas las áreas, sin embargo, se encontraban insatisfechos con la incomodidad de la sala de espera, a la que se agregaban tiempos de espera excesivos. Diz (2010).

Realizaron su trabajo de investigación denominado “Gestión de la calidad de atención en laboratorios clínicos de hospitales públicos en Maracaibo, Venezuela”.

Se aplicó una encuesta previamente validada. Para el análisis, se empleó distribución de frecuencias, análisis multivariante y análisis de la varianza.

Los resultados mostraron que la mayoría de los usuarios son pacientes de sexo femenino (72,7 %), de procedencia local (87,9 %); en edades entre 15 y 45 años (65,7 %) y con grado de instrucción primaria y secundaria (70,5 %). El análisis multifactorial demostró que el componente Gestión de Calidad, puede ser valorado por las dimensiones: Accesibilidad, Elementos tangibles, Capacidad de Respuesta, Competencias profesionales y

Seguridad. Hubo diferencias altamente significativas ($p < 0,001$) entre los distintos grados de instrucción y la edad al calificar la gestión de calidad. Se detectaron debilidades en cuanto a tiempo de espera en recepción, comodidad de la sala de espera y uso de medidas de seguridad del personal técnico.

Los resultados permitirán establecer acciones tendentes a evaluar el grado de mejoramiento del servicio y las metas propuestas en pro de mejorar la calidad de atención, medidas que formarán parte de un programa de aseguramiento de la calidad conforme a la normativa internacional. Molero (2010)

Calidad de atención del cuidado de la salud integral brindada por el personal de enfermería a los pacientes durante el proceso pre y post operatorio en la unidad de cirugía ambulatoria Dr. Mario Villarroel Lander Cruz Roja Lara. De la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. En esta investigación se plantea evaluar la calidad de atención del cuidado de la salud integral brindada por el personal de enfermería a los pacientes durante el proceso pre y postoperatorio en la Unidad de Cirugía. Dicho estudio se enmarca en una investigación de tipo descriptivo, de corte transversal; a la población se les aplicó un cuestionario. Los resultados obtenidos se categorizaron, tabularon y graficaron, reflejando que la categoría SIEMPRE supera a las otras, garantizándose así que la calidad de atención brindada por el personal de enfermería de la Unidad de Cirugía Ambulatoria es muy buena y se cubren las tres dimensiones del ser humano en un 91,77% la dimensión SOCIAL, un 88,88% la dimensión PSICOLÓGICA y un 83,116% la dimensión FÍSICA. De esta manera, el trabajo realizado en esta unidad demuestra el cumplimiento ético y profesional del personal que allí labora. Giménez y otros (2011).

Evaluación de la calidad de la atención médica en la línea preoperatoria del Centro Oftalmológico Lara (octubre, 2006). Se realizó una investigación

evaluativa de corte transversal con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica en la línea preoperatoria del Centro Oftalmológico Lara, en el municipio venezolano de Iribarren. Esta metodología tuvo en cuenta las características de la planta física y la disponibilidad de recursos materiales, así como la cobertura, la capacitación y la competencia de los recursos humanos. En el proceso se evaluó el cumplimiento de las principales actividades realizadas por el equipo de salud, mientras que en los resultados se tuvo en cuenta la atención médica a los pacientes que acudieron a la línea preoperatoria en el período analizado. Los criterios, indicadores y estándares se operacionalizaron con la colaboración de varios expertos. Se concluyó que la calidad de la atención médica en la línea preoperatoria en el centro oftalmológico Lara no fue satisfactoria. Se recomendó a la dirección del centro oftalmológico discutir los resultados con el colectivo de trabajo para analizar las deficiencias encontradas, y en una segunda etapa la extensión de la evaluación a las otras áreas de atención médica del centro oftalmológico, el salón y el posoperatorio. Moreira y otros (2011).

Grado de satisfacción del usuario respecto a la atención de enfermería que reciben en los servicios de salud preventivo y hospitalario. Periodo enero – junio del 2012 de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. Describir la Satisfacción de los usuarios(as) con la calidad de los cuidados de Enfermería referido a la satisfacción de las necesidades del paciente: Relacionar la Satisfacción de los usuarios con los cuidados de enfermería por la accesibilidad de los servicios de salud y Comprobar si el personal de salud está capacitado para ofrecer una buena atención a los usuarios. En el Distrito de Salud # 2 la eficacia se encuentra en un 14.58% es decir que al usuario no se le hace un estudio completo de su enfermedad, lo mismo sucede en el Hospital Rodríguez Zambrano con un porcentaje del 22.92%. El trato durante la permanencia en el establecimiento de atención preventiva es el 43,75% y el 33,33% en el hospital, sobre si brinda confianza es bueno con el 47,92% en área preventiva y hospitalaria el 53,13%, no se respeta su privacidad y siempre hay estudiantes o practicantes.

En lo relacionado a la atención y explicación sencilla con palabras fáciles de entender sobre el problema de salud el 14.58% del distrito de salud comentaron que si mientras que en el Hospital Rodríguez Zambrano fue del 21.88%. El diseño metodológico es descriptivo-Exploratorio porque se determinó el problema a investigar mediante la encuesta aplicada a los usuarios. Se trabajó con usuarios/as que acude al distrito de Salud y del Hospital siendo cada una de 96 encuestas. Mero y Andrade (2012).

2.3. Bases Teóricas:

2.3.1. Calidad de Servicio

En la actualidad el término calidad de servicio ha venido cobrando vigencia en la literatura vinculada con diferentes disciplinas como la Gerencia y la Administración entre otras; por considerarse que aspectos tales como la productividad y rentabilidad de una organización están vinculados a la calidad de los productos y servicios ofrecidos.

“La calidad de servicio es la satisfacción de los clientes con respecto a cualquier servicio dado o artículo fabricado y según cualquier criterio, si es que tiene alguna opinión que ofrecer, mostrará una distribución que va desde la insatisfacción extrema a la mayor complacencia de gran satisfacción”. Deming (1989) (p. 49).

Otro aporte al concepto de calidad de servicio es el de Cerezo (1996) quien la define como “la minimización de la distancia entre las expectativas del cliente con respecto al servicio y la percepción de éste tras su utilización”. (p.109).

Horovitz (1991) describe los principios de la calidad de servicio, que pueden resumirse de la siguiente manera:

1. El cliente es quien juzga la calidad del servicio.
2. El cliente impone qué nivel de excelencia debe alcanzar el servicio
3. La empresa debe trazarse metas para lograr sus objetivos, obtener beneficios y poder destacarse.
4. La empresa debe tomar en cuenta las expectativas del cliente.
5. Las empresas pueden definir normas precisas para lograr la calidad en el servicio.
6. La excelencia significa cero defectos y para ello requiere de una disciplina y un esfuerzo constante.

A partir de las definiciones anteriores, es importante destacar la presencia de dos concepciones de la calidad. Por una parte la adecuación del uso y por otra la satisfacción del usuario; sin embargo, ambas se relacionan con la percepción del usuario, y consideran que la calidad es una filosofía integradora de las distintas actividades de la empresa que genera un modo de hacer las cosas, que es necesario para alcanzar el reto de la competitividad.

El concepto de calidad incluye todas las fases que interviene en la prestación del servicio, poniendo en juego todos los recursos necesarios para prevenir errores e involucrando a todo el personal, mermando el clima y las relaciones entre los miembros que la integran, es decir, las relaciones entre los clientes (internos, externos). Entendiéndose por cliente interno, “aquellos que trabajan dentro de la organización y otorgan sus servicios a la empresa” y por cliente externo, “aquellos que solo se relacionan con la organización cuando van a adquirir un bien o servicio que esta produzca o preste” Albrecht, (1992 p.65).

Usualmente encontramos productos o servicios que cumplen con ciertas especificaciones o requerimientos, pero no satisfacen las expectativas del usuario, por lo que resulta importante al definir la calidad, tomar como punto de partida al usuario.

"La calidad es lo que quiere el cliente, como él juzga. Es un concepto sistemático de la búsqueda de la excelencia. La calidad de un mismo producto ó servicio puede ser diferente para diferentes clientes y para el mismo cliente en diferentes momentos". Imperatori (1999, p.291).

La calidad como un conjunto integrado de actividades planeadas, basados en la definición de objetivos explícitos y evaluación del desempeño, cubriendo todos los niveles de atención, con el objetivo de mejorar continuamente y siendo uno de los objetivos de este enfoque para obtener la mayor satisfacción posible de los consumidores de la atención de salud. Biscaia (2000).

En consecuencia podemos considerar que un servicio o producto, tiene calidad cuando es capaz de satisfacer las necesidades o expectativas del usuario.

Modelos de Calidad del Servicio

Modelo	Principales conclusiones
1. Modelo de calidad técnica y funcional de Grönroos.	La calidad del servicio depende de la calidad técnica, funcional. La calidad y la imagen corporativa de la organización en consideración. La calidad funcional se considera más importante que la calidad técnica.
2. SERVQUAL modelo de Parasuraman y otros autores.	El modelo es una herramienta analítica. Permite la gestión de identificar sistemáticamente las brechas de calidad de servicio entre un número de variables que afectan a la calidad de la oferta. El modelo se centra externamente. Permite la identificación de los factores relevantes de calidad de servicio desde el punto de vista del consumidor.
3. SERVPERF modelo de Cronin and Taylor.	Utiliza sólo la parte de percepciones de la escala SERVQUAL. Sólo experiencias de calidad de servicio, Medidas y expectativas de los clientes

	también.
4. modelo de calidad de atributo de servicio De Haywood-Farmer.	Este modelo proporciona una base de servicio para segregar organizaciones en tres dimensiones para una mejor gestión de la calidad. Estas dimensiones son las instalaciones físicas, de las personas elementos de comportamiento y juicio profesional. El modelo mejora la comprensión del concepto de calidad de servicio.
5.El modelo del proceso dinámico de Boulding y otros autores	Es un modelo para ayudar a comprender el proceso por el que los clientes forman juicios de calidad del servicio y la forma en que estos juicios afectan el comportamiento posterior. Las Percepciones y expectativas de los clientes cambian con el tiempo, y la afirmación de modelo, para poner a prueba las relaciones entre expectativas, percepciones y el comportamiento previsto.
6.El modelo de Los tres Componentes de Rust y Oliver.	Los tres componentes de este modelo son los productos y servicio, la prestación de servicios y el entorno de servicio.
7. Enfoque del retorno de la calidad de Rust y otros autores.	El modelo defiende que las dimensiones de la medición la calidad del servicio deben estar relacionados con los procesos de negocio de la organización. El modelo se centra en la toma de los esfuerzos de mejora de la calidad económicamente viable.
8. El atributo P-C-P del modelo de Felipe y Hazlett.	Proporciona un marco simple, eficaz y general de evaluar la calidad del servicio para cualquier sector de servicios. El modelo destaca el área de mejoras para la calidad del servicio dependiendo de la frecuencia del encuentro. Las dimensiones a estos tres niveles de atributos son individuales, sector dependiente y con referencia al consumidor.
9. El modelo los antecedentes de Dabholkar y otros autores	La calidad del servicio es mejor visualizado por sus antecedentes en lugar que sus componentes. Este modelo puede proporcionar una completa comprensión de la calidad del servicio y cómo estas evaluaciones se forman. La satisfacción del cliente debe ser evaluada por separado de la calidad del servicio, al tratar de determinar evaluaciones de los clientes del servicio.
10. El enfoque jerárquico de Brady y Cronin.	La calidad del servicio es un constructo multidimensional jerárquico. Las percepciones se basan en las evaluaciones de las dimensiones primarias, el resultado, la interacción y la calidad ambiental, que tienen cada uno tres subdimensiones. Las tres subdimensiones primero serán evaluadas y van a influir sobre la evaluación de las dimensiones primarias que conducirá a una percepción global de la calidad de servicio.

11.El modelo de Grönroos , adaptada por Kang y James.	Técnica, funcional y de imagen se debe medir totalmente para captar las percepciones generales de la calidad del servicio. El modelo de Grönroos, está empíricamente probado y la estructura de cinco factores de SERVQUAL se confirma. Otros que la mayoría de los otros modelos, Se cree que la calidad técnica puede ser evaluada por clientes.
12. Estructura jerárquica de servicio Calidad de Kang .	La estructura de cinco factores como propone SERVQUAL es confirmado y representa la dimensión de calidad funcional, de la calidad percibida del servicio. Este modelo ofrece evidencia empírica para la afirmación de que percibe la calidad del servicio, está basado en los componentes de la calidad técnica y la calidad funcional
13. Modelo FAIRSERV de Carr	Las cinco dimensiones SERVQUAL se aceptan para la calidad del servicio de medición, pero la equidad (justicia) se añade como una dimensión importante. Se considera que los clientes son preocupados por conseguir lo que merecen en relación con otros clientes del mismo servicio. Su evaluación de la equidad del servicio tendrá una influencia en su percepción global de la calidad del servicio.

2.3.1.1. Calidad de los Servicios de salud.

La preocupación por la calidad en el cuidado de la salud surge en los años sesenta del siglo XX, por el importante avance de la ciencia y la tecnología y en el contexto social, habiendo sido Donabedian (1969) el fundador del área de calidad en materia de salud en la segunda mitad de la década. Esta preocupación surge no sólo por los resultados obtenidos, pero también por los crecientes costos de atención de la salud, lo que implicó una evaluación la eficacia de sus servicios.

La búsqueda de la calidad en los servicios de salud representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para los profesionales de la salud,

considerando la Organización Mundial de la Salud, Gilmore y Moraes, (1996), la calidad como el concepto clave hoy en día para los servicios de la salud y la define como:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Un mínimo de riesgo para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- Impacto final en la salud.

Dentro de las funciones esenciales de la salud pública, la Organización Panamericana de la Salud. Ross (2000) ha señalado un conjunto de responsabilidades que tiene el Estado para garantizar la calidad de los servicios de salud:

1. Fomentar la existencia de sistemas permanentes de garantía de la calidad y crear un sistema para que los resultados de las evaluaciones efectuadas con ellos puedan monitorearse continuamente.
2. Facilitar el establecimiento de normas aplicables a las características básicas que deban tener los sistemas de garantía de calidad y garantizar su cumplimiento por parte de los proveedores de los servicios.
3. Fomentar un sistema de evaluación de tecnologías de salud que participe en la toma de decisiones de todo el sistema de salud.
4. Utilizar la metodología científica para evaluar intervenciones de salud de diverso grado de complejidad.
5. Usar el sistema para mejorar la calidad de la provisión directa de los servicios de salud.

Como puede apreciarse la preocupación de organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha ido en aumento, comprometiéndose en una cruzada titánica para compenetrar a los gobiernos de los países afiliados de la importancia fundamental de asegurar la calidad tanto en la salud pública como en la parte asistencial.

El modelo de atención a la salud tiene como obligación reconocer la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables; para ello se valoran las preferencias del paciente informando tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad en la atención a la salud.

El modelo de la atención a la salud resalta la importancia de la eficiencia, como un modelo básico de la calidad y realiza un análisis de la calidad a partir de tres dimensiones: estructura, proceso y resultado, de este se desprende el análisis de la satisfacción del usuario, vista como un indicador de la dimensión de resultado; a partir de la cual se puede obtener opinión acerca de los aspectos de la estructura, (comodidades, instalaciones físicas, organización) el proceso, (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y en resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida).

Por todo lo antes expuesto podemos decir que la Calidad en Salud es el conjunto de circunstancias, recursos, características que requiere el individuo para alcanzar el bienestar físico, psicológico y social. Donabedian (1990)

Garantizar la calidad en los servicios significa asegurar condiciones organizacionales óptimas, que permitan otorgar el máximo de beneficio con el menor riesgo en la atención a la salud o en la prestación de un servicio. Vidal – Pineda y Reyes (1993).

Para lograr esta garantía debe efectuarse un seguimiento casi permanente de los procesos de atención (monitoreo) y comparar los resultados alcanzados con los programados (evaluación) para que de esta forma, se

puedan establecer las medidas correctivas necesarias para alcanzar la calidad en las metas establecidas. Para que esta medida correctiva se cumpla debe existir una clara definición de autoridad, responsabilidad, comunicación e información (diseño organizacional). Sin embargo, la concientización del trabajo de cada individuo y del equipo, así como la superación profesional de sus miembros, juegan un papel fundamental para lograr la calidad (desarrollo organizacional), que sin actitud de cambio pueden hacer fracasar el programa. Vidal – Pineda y Reyes (1993).

Ofrecer calidad significa corresponder a las expectativas del usuario o incluso sobrepasarlas, por lo que diferentes autores describen las principales dimensiones de la calidad del servicio. Cerezo (1996) y Zeithaml, Parasuramany y Berry (1993).

Las definiciones genéricas de las dimensiones que presentan los autores antes mencionados son:

1. Accesibilidad: Facilidad de contacto, sea telefónico o físico, vías de comunicación, tiempo de espera, facilidad para hacer uso del servicio. Característica del servicio que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención.
2. Carácter Tangible: Aspecto físico, calidad y cantidad de materiales, equipos, personal e instalaciones. Elementos del servicio percibido por los sentidos.
3. Competencia: Personal capacitado e informado para prestar el servicio, posesión de habilidades y conocimientos requeridos para desempeñar el servicio.
4. Cortesía: Educación, amabilidad, respeto y consideraciones por parte del personal. Es igual a empatía.
5. Credibilidad: Honestidad de la organización en cuanto a palabras y actos.

6. Actitud Responsiva: Disposición por parte de la empresa para ayudar al cliente y proporcionar un servicio rápido, no solo en el tiempo indicado, sino en el menor tiempo posible (rapidez de respuesta)
7. Comunicación: Uso del lenguaje claro sin tecnicismos al brindar la información al usuario. Escucharlo, mantener comunicación verbal, tener actitud y expresión que generen confianza.
8. Comprensión: Esforzarse por comprender y reconocer las verdaderas necesidades del cliente.
9. Seguridad: Ausencia de riesgos, peligro o dudas al momento de usar el servicio.
10. Confiabilidad: Brindar el servicio correctamente desde el inicio y mantenerlo a lo largo del tiempo.

Si la calidad significa un conjunto de características o circunstancias que un usuario requiere para satisfacer sus necesidades, o el máximo de esfuerzos para satisfacer las necesidades del usuario, o los mejores servicios con la más esmerada tecnología para la óptima satisfacción del usuario, se está mencionando que la meta de la calidad es la satisfacción del usuario.

Es por ello, que la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, ha venido adquiriendo notable importancia, como indicador de la calidad de la atención en salud desde la década de 1980. Para que la atención que brinda el personal de salud sea de calidad, requiere la aplicación de conocimientos científicos y técnicos, de relaciones interpersonales cálidas y de un ambiente físico agradable. Donabedian (1990)

Encontraron que los indicadores estructurales de la satisfacción de las personas, tales como la planta física y la organización de la entidad y el acceso, se asocian menos con el grado de satisfacción de los pacientes si se comparan con los indicadores de proceso, es decir aspectos técnicos e interpersonales. Bobadilla y Martínez (1998)

La calidad de salud, cómo "hacer más eficaz la atención recibida, mejorando el estado de salud y la satisfacción de la población dentro de los recursos que la sociedad y los individuos decidieron gastar en dicha atención". Este autor aquí introduce un nuevo factor importante en la definición de calidad y esa es la satisfacción de la población (usuarios) para el cuidado que se les proporciona. Palmer (1991)

Encontró que las relaciones interpersonales con el personal médico son un aspecto que influye considerablemente en la satisfacción con la atención de salud. Alvarado (2001)

Describe tres elementos que caracterizan una relación satisfactoria con el médico desde la perspectiva de los pacientes. Estos elementos son: sentirse tratado y reconocido como persona, recibir información sobre la enfermedad y el cuidado, percibir interés por su recuperación de parte del médico. De la Cuesta (1997).

2.3.2. Satisfacción del Usuario

2.3.2.1. Definición de Satisfacción

La satisfacción del usuario, es un concepto multidimensional que evalúa de manera individual distintos aspectos relacionados con el cuidado de su salud, se ha definido como la medida en que la atención sanitaria y el estado de la salud resultante cumplen con las expectativas del usuario. Ribeiro (2003).

Define la satisfacción como una respuesta emocional de los usuarios de atención médica, sobre aspectos sobresalientes relacionados con la atención recibida y señalan que la satisfacción es un indicador confiable para evaluar la calidad de atención. Donabedian (1983) como Vuori (1986) informan de que hay un alto grado de correlación entre la satisfacción del usuario y la calidad general de la atención sanitaria. Donabedian (1990).

Definen la satisfacción como la reacción del usuario a los aspectos de la atención recibida, haciendo hincapié en los elementos subjetivos vinculados a su experiencia que mide la evaluación cognitiva y la reacción emocional del usuario a la estructura, proceso y / o resultados de la atención. Clearly e McNeil (1988).

La satisfacción es definible mientras resulta de la actitud de evaluaciones positivas de dimensiones distintas de la atención de salud. El autor cree que existe la satisfacción del usuario cuando se realiza una valoración positiva de las distintas intervenciones o las experiencias resultantes de la atención de salud, no se refiere a los factores que influyen en esta misma satisfacción. Linder-Pelz (1982)

Es una aspiración que los pacientes que acuden a las instituciones del sector salud deben contar con servicios médicos accesibles, tanto en los trámites que se requieren para poder disponer de ellos con atención, cortesía y oportunidad, contar con un ambiente agradable en cuanto a iluminación, temperatura, ventilación, privacidad, comodidad, funcionalidad, orden y aseo; con información suficiente por parte del personal administrativo, médico y enfermería; con recursos necesarios para satisfacer los requerimientos de atención en cuanto a equipo, instrumental de consumo suficiente, adecuado, funcionando correctamente y en buen estado de conservación. Lozano (1997).

Afirma que la satisfacción puede significar una actitud del usuario contra el sistema de salud en general, la reacción contra un centro de salud o el comportamiento de un proveedor o evaluación personal hacia una experiencia concreta de la prestación de cuidados. La satisfacción es una actitud que implica tanto un componente emocional como intelectual y como reacción, enumera las diversas dimensiones de la atención de la salud - estructura, proceso y resultados.

También se debe contar con personal prestador de salud y administrativo suficiente en cantidad y capacidad profesional y técnica, para el tipo y nivel de atención que se otorga. Con una integración óptima del proceso de

atención, en cuanto a valoración médica, determinación de un programa de estudio y tratamientos congruentes con el problema de salud que se trate, acceso oportuno al diagnóstico y pronóstico así como tratamiento a paliación adecuadas, egreso oportuno y ausencia al máximo posible de complicaciones como consecuencia de la atención. Monteiro (1991).

Aunque es posible que no exista un sistema de salud que cumpla con este ideal, es posible identificar carencias u omisiones que dan lugar a deficiencias en la atención, lo cual servirá para encontrar alternativas para su corrección y prevención. Lozano (1997).

Se refieren al concepto de satisfacción de los usuarios como resultado de una fórmula que refleja la diferencia entre las expectativas del usuario en relación a la atención y su percepción de la realidad, el cuidado recibido, y un término relativo a una amplia gama de reacciones de los usuarios a la experiencia del cuidado de la salud. McIntyre y Silva (1999).

La satisfacción del usuario (SU) es uno de los aspectos que en términos de evaluación de los servicios de salud y calidad de atención, ha venido cobrando mayor atención en salud pública (2000) siendo considerada desde hace poco más de una década uno de los ejes de evaluación de servicios de salud (2000). Si bien es cierto existe un intenso debate en cuanto a su concepción y metodologías de medición, también es consenso la relevancia de la visión de los usuarios sobre los servicios como un elemento clave en la mejoría de la organización y provisión de los servicios de salud (34,35).

El tema de SU es todo un desafío a la salud pública y los gestores y planificadores en salud, los dedicados a la academia, investigadores y usuarios en general. No existe un consenso claro sobre su significado y concepción pero es evidente que refleja una visión diferente y estratégica de los servicios de salud. La definición de Pascoe: "comparación de la experiencia del paciente con sus estándares subjetivos al salir de la atención sanitaria" es una de las más simples y aceptadas Pascoe G.(1983) . La SU

es considerada como una respuesta actitudinal y de juicio de valor que el usuario construye producto de su encuentro e interacción con el servicio. Pascoe G.(1983)

La SU es apreciada como relevante al menos en 4 áreas: comparar sistemas o programas de salud, evaluar la calidad de los servicios de salud. Chias (1995), identificar cuáles son los aspectos de los servicios que necesitan de cambio para mejorar la satisfacción y asistir a las organizaciones sociales en la identificación de consumidores con poca aceptabilidad de los servicios. También se relaciona con la conducta del paciente y sus resultados en términos de salud individual. Hill (1996).

En el Perú, desde mediados de los años 90, se han desarrollado algunas iniciativas puntuales y de corto alcance en el tema de escucha al usuario, impulsados fundamentalmente por algunos proyectos de cooperación internacional (por ejemplo, proyecto 2000). Senlle (1993), salud y nutrición básica, cobertura con calidad, entre otros), que consideraron dentro de su marco de referencia teórico operacional la mejoría continua de la calidad y la satisfacción. Desafortunadamente, tales iniciativas tuvieron un escenario de aplicación bastante reducido y limitaciones en su institucionalización. Desde esa misma época, el Ministerio de Salud ha formulado algunos lineamientos en salud dirigidos al usuario; empero su cristalización como praxis regular, permanente e inmersa en el accionar de los gestores y proveedores de atención continúa siendo un gran desafío. Denhardt, Bidyadhar (1987).

Asimismo, la disponibilidad de información sobre el nivel de SU de los servicios de salud públicos (hospitales y centros de salud) es limitada y no se conoce de estudios basados en muestras nacionales que exploren las características de SU y sus diferencias en función de factores sociales, económicos, demográficos, culturales y de las características de la oferta. Dentro de las políticas públicas actuales de reducción de las desigualdades e inequidad en salud. Se plantea el desafío de explorar la asociación del nivel de SU según condición económica. La literatura muestra poca

información sobre el particular y la existente aun no es concluyente. Es en ese aspecto que el presente estudio pretende contribuir. Organización Panamericana de la Salud (1998)

2.3.2.2. Los Niveles de Satisfacción

Los pacientes experimentan unos de los 3 niveles de satisfacción:

Insatisfacción

Se produce cuando el desempeño percibido del producto no alcanza las expectativas del paciente.

Satisfacción

Se produce cuando el desempeño percibido del producto coincide con las expectativas del paciente.

Complacencia

Se produce cuando el desempeño percibido excede a las expectativas del paciente.

Dependiendo el nivel de satisfacción del paciente, se puede conocer el grado de lealtad hacia la institución. Por ejemplo: un paciente insatisfecho cambia una marca o proveedor de forma inmediata (deslealtad condicionada por el centro de salud), por su parte el paciente satisfecho se mantendrá leal; pero tan solo hasta que encuentre otro servicio que tenga una mejor oferta (lealtad condicional). En cambio el paciente complacido será leal a un servicio porque siente una afinidad emocional que supera ampliamente a una simple preferencia racional.

Por este motivo las instituciones buscan complacer a sus pacientes mediante la promesa que pueden ofrecer y entregar más de lo que promete.

2.3.2.3 .Dimensiones de Satisfacción

- **Confiabilidad**

La confiabilidad es la:

“Capacidad para desempeñar el servicio que se promete de manera segura y precisa”.

En un sentido más amplio, la confiabilidad significa que la institución cumple sus promesas acerca de la entrega, la prestación del servicio, la solución de problemas y los precios (“entregar lo que se promete”). La calidad de confiabilidad, es la probabilidad del buen funcionamiento de una cosa, es también la credibilidad, veracidad y honestidad en el servicio brindado. Se puede definir como la capacidad de que un producto realice su funcionamiento de la manera prevista. De otra forma, la confiabilidad se puede definir también como la probabilidad de que un producto realizará su función prevista sin incidentes por un período de tiempo especificado y bajo condiciones indicadas. Zeithman, Valerie A. y Jo Bitner (2002)

- **Validez**

Es la característica principal del servicio que brinda el médico de una manera correcta y eficaz además de la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera en concordancia con las expectativas del paciente. Aunque no es el espacio para hacerlo, pero lo vamos a recoger cuando se trate de precisar más adelante acerca de la validez de los instrumentos del cual, se aplica la fórmula para hallar la confiabilidad de las escalas de Calidad de Servicio y Satisfacción, dice al respecto que: “la validación es el proceso por medio del cual el investigador que desarrolla

cuestionarios, obtiene evidencia para sustentar sus inferencias. Este proceso de validación requiere un estudio empírico dirigido a recolectar la evidencia requerida”. , Cronbach, Lee J. (1971)

La validez es la característica principal de lo correcto o eficaz o de lo que se ajusta a la ley. Tradicionalmente la validez, se había presentado como la cualidad del instrumento para medir los rasgos o características que se pretenden medir. Por medio de la validación se trata de determinar si realmente el cuestionario mide aquello para lo que fue creado.

Últimamente, el concepto de validez se ha modificado considerablemente. Muy rara vez se oye hablar de la validez de un instrumento. Es decir que la validez se ve como una evaluación más que una característica de cuán apropiadas y adecuadas son las interpretaciones y los usos que se hacen de los resultados del cuestionario.

- **Lealtad**

Define la lealtad como:

“Es el sello distintivo de los grandes líderes y se da cuando los líderes pueden ayudar a sus empleados a construir relaciones con los pacientes correctos: los pacientes que puedan crear un valor tan consistente, que quieran regresar por más, tarde o temprano hacer todos sus negocios con esta compañía.” Reichheld Frederick F. (2003)

También se le puede asumir como compromiso organizacional:

“Es el grado en el que un empleado se identifica con la organización y desea seguir participando activamente en

ella. Los empleados comprometidos con la organización suelen poseer buenos récords de asistencia, cumplir voluntariamente las políticas de la organización e indicar en índices de rotación más bajos. Debe considerárseles como los socios estratégicos comprometidos e identificados con la Institución, en la toma de decisiones de la empresa bajo responsabilidad compartida”. Pintado P. Egard A. (2007)

La conservación de los pacientes, es un asunto que sencillamente no se puede encerrar dentro de límites estrechos, llegamos a comprender que la lealtad en los negocios tiene tres dimensiones: la lealtad del paciente, la lealtad del empleado y la lealtad del inversionista, y que estas son mucho más poderosas, trascendentales e interdependientes de la que esperábamos o imaginábamos. La lealtad tiene consecuencias que se extienden a cada rincón de cada sistema de negocios es el beneficio del cliente permanentemente.

Aun cuando la palabra suena acaso virtuosa y sin arte, la lealtad es un tema complejo por ejemplo: es evidente que hay lealtades buenas y lealtades malas, entre las buenas tendríamos: conservar a un empleado que se ha lesionado en el oficio, a pesar de que la productividad se perjudique. Una lealtad mala sería sin dudar, la obediencia de un subalterno que cumple las ordenes de su jefe sin importar que la acción ordenada sea fraudulenta. Está claro que la lealtad es relativa es decir en algún momento todos experimentamos conflictos de lealtad a los parientes, los amigos, a nosotros mismos o viceversa.

La lealtad es algo indispensable en todas nuestras relaciones, especialmente aquellas que deseamos que lleguen a perdurar por años o toda la vida. Es decir aquel compromiso que nosotros mismos nos hacemos con las

personas que nos rodean, especialmente aquellas que apreciamos y valoramos. Es también la fidelidad que una persona puede tener a una institución por ende es el instrumento vital que busca toda empresa.

Satisfacción Como Indicador De Calidad De La Atención De Salud

Teniendo en cuenta la satisfacción del usuario como un indicador de la atención de salud de calidad, el usuario llevará a cabo la evaluación de la atención proporcionada a la misma, sobre la base de los componentes del auto cuidado deseada y en función de las mejoras que espera tener en su salud.

La atención médica proporcionada a los usuarios se ven influenciadas por el conocimiento de factores científicos, sino también socio-culturales y políticos, como ver cómo al usuario se le puede dar más información para que él tenga más oportunidades de elegir y participar en su propio tratamiento (Melo, 2005). En consecuencia, los datos sobre la satisfacción de los usuarios sólo son útiles cuando vienen a tomar un papel activo en la Evaluación y crítica, sino incluso lo que sólo tiene sentido para investigar si esas son o no satisfechas si sabemos lo que pueden ser satisfechas.

Por lo tanto, los usuarios se convierten en parte de la planificación y modificación de los servicios de salud y la mejor forma de evaluar su satisfacción que están pidiendo, es preguntándoles. En opinión de Paul, et al. (1999), esta evaluación realizada por el usuario es muy importante para los cuidadores, ya que identifica áreas de mejora y desarrollo hacia la mejora continua.

Indica que hay una relación entre la calidad de los servicios y la satisfacción del usuario con la atención hospitalaria y el deseo de volver al mismo hospital u otro, recomendarían a un familiar o amigo. También establece que

los usuarios no sólo pueden evaluar el tratamiento, sino también deben confiar en las actitudes de los prestadores de asistencia. Marshall (1999)

También afirman en su estudio que la satisfacción de los usuarios en los servicios de enfermería influyen fuertemente en la intención de éstos, de volver al mismo hospital. De hecho, la investigación muestra que la satisfacción del usuario en comparación con la atención brindada principalmente son resultados de la dimensión biopsicosocial. Lee y Yom (2006)

"Si los pacientes perciben que el trabajador de la salud cuida de él y parece entender, están más satisfechos y evalúan los cuidados más positivamente "(Melo, 2005: 41).

Considera tres componentes de la calidad de la atención, el componente técnico, relación interpersonal y los servicios - y en este sentido, satisfacción de los usuarios, puede ser un factor importante en la evaluación de la calidad de la atención, ya sea en el área interpersonal (atención y la comunicación con los profesionales salud), o dentro de las instalaciones donde en la atención se proporciona: confort, privacidad, higiene y nutrición y así como con respecto a las consecuencias de la atención psicológica y social que se produce en el usuario. Donabedian (1980)

"Se llegó a la conclusión de que incluso los pacientes que reciben atención prioritaria, en su prescripción fueron influenciados por los aspectos psicosociales para el cuidado ". Melo (2005: 41).

En el área técnica, no debe ser considerado como un factor válido en la evaluación de la calidad, porque los usuarios no tienen conocimientos suficientes para evaluar y juzgar la exactitud y utilidad de la atención, aunque agradecemos su importancia. Pero considera que los usuarios son la máxima autoridad, en cuanto a la definición de buenos criterios de atención en áreas no técnicas de la prestación, constituyendo sus valores y

expectativas como factores decisivos para juzgar el éxito las relaciones interpersonales en la prestación de atención. Vuori (1987)

Los usuarios son supuestamente racionales y capaces de tomar decisiones inteligentes con respecto a su propia salud y, si los profesionales tienen el monopolio de la prestación del cuidado de la salud, entonces es un curso imperativo ético involucrar a los usuarios en las evaluaciones de calidad de la atención de salud, escuchando cual fue su satisfacción. La satisfacción del usuario, aunque no es la superposición de la noción de calidad de los servicios, aparece como un valioso indicador de la calidad de la salud. Paúl et al., (1999).

Afirma que hay una fuerte conexión entre las percepciones de los usuarios de los servicios de salud de calidad y su nivel de satisfacción. Queda en duda que la satisfacción del usuario es un tema muy complejo y de difícil investigación, ya que puede ser influenciado por muchos indicadores. Gasquet (2000)

Ciertamente, satisfacción se correlaciona con la adherencia, la continuidad de la atención y la mejora del estado de salud, ya que es percibida por el usuario, por lo que los usuarios con un alto nivel de satisfacción. McIntyre y Silva, (1999).

Los usuarios están más satisfechos a menudo y tienen la intención de seguir por el mismo equipo de atención médica, " encontraron que los usuarios más satisfechos con los cuidados, son más propensos a seguir recetas médicas, continúe con el profesional actual y tener una condición de salud mejor" McIntyre y Silva, (1999: 11).

Otros estudios muestran que los usuarios que utilizan los servicios de salud son a menudo insatisfechos con la calidad y cantidad de información Ellos reciben información de los profesionales de salud y esto se refleja en su satisfacción. La mayoría de investigación apunta a una fuerte relación entre

la cantidad de información que el usuario posee y el consiguiente nivel de satisfacción con la información recibida, es decir, parece haber una correlación positiva entre el nivel de información y el nivel de satisfacción de los usuarios. Sigurthardottir, (1996).

Un estudio realizado por Ley (1988) afirma que el porcentaje de usuarios insatisfechos con atención brindada a él en los hospitales es de 38%, que es un valor significativo. El estudio también menciona que en la mayoría de los casos, los usuarios sienten que no se les dio suficiente información.

En Revisión hecha por el trabajo teórico y empírico sobre la satisfacción de los usuarios con la atención de salud, informan que la conclusión más significativa está relacionada con la combinación de niveles más altos de satisfacción con características de los proveedores de atención u organizaciones que promueven atención personalizada.

Algunos estudios revelan que la atención más personalizada, da como resultado una mejor comunicación y una mayor participación del usuario en el proceso terapéutico y en consecuencia, una mejora en la calidad de la atención de la salud y evidente. Cleary, e McNeil (1988).

La comunicación y la información adaptada a las necesidades individuales, sociales y culturales de los usuarios tienen gran influencia en el bienestar psicológico de éstos: la adaptación a la enfermedad, la satisfacción con la atención de salud, la reducción del sufrimiento, ansiedad y el estrés y la promoción de sensación de seguridad. Por lo tanto, la calidad de las habilidades interpersonales de los proveedores de atención y comunicación, produce efectivamente mejores resultados en el estado de salud del usuario, que la cantidad de directrices dadas a él como "no entender o recordar lo que se dijo parece deberse al hecho de que a menudo los pacientes no hacen preguntas, incluso cuando tienen preguntas sobre la información que se está transmitiendo a ellos " Melo, (2005: 71).

Los usuarios aceptan como normales una amplia gama de comportamientos profesionales de la salud y, probablemente, los sentimientos de insatisfacción surgen sólo cuando la atención recibida cae muy por debajo de lo que se indica como normativa.

Esto significa que el usuario no puede responder cuando se le preguntó acerca de su satisfacción dada la atención recibida (Melo, 2005). Típicamente, las respuestas indican altos niveles de satisfacción y pocos usuarios se identifican como insatisfechos Fitzpatrick, (1993).

Es la competencia de los profesionales de la salud con frecuencia evaluar la satisfacción de los usuarios, con la colaboración de éstos, para profundizar la calidad técnica y relacional de haber proporcionado atención y por lo tanto contribuir a la satisfacción de sus necesidades implícitas y explícitas con el fin de ser eficaces ganancias en salud y calidad de vida.

2.3.3. Calidad de atención médica

2.3.3.1. Definición

Es la capacidad que con distinto grado, puede tener una organización o un acto concreto de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los Consumidores de servicios de salud. Vero, J. (1994).

En 1994, la International Society for Quality in Health Care desarrolló el Programa ALPHA (Agenda for Leadership in Programmes for Health Care), habiéndose consolidado en 1999 con la creación del Accreditation Federation Council, enfocado específicamente a la acreditación de servicios de salud, con una vocación de mejora continua. Considera a la acreditación como “un proceso de autoevaluación y evaluación externa, utilizada por las organizaciones sanitarias, para evaluar su nivel de cumplimiento en relación con estándares establecidos, y para implementar formas de mejora continua del sistema de atención sanitaria.” Saturno PJ. (2001).

Calidad de atención médica, es otorgar cuidado médico al usuario, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de sus necesidades de salud y de sus expectativas, las del Prestador y las de la Institución. Aguirre Gas, H. (2000).

La calidad de la Atención Médica ya no es tan solo el "rumbo" como en 1993, ya no es tan solo el "compromiso" como en 1997; la calidad de la Atención Médica en el nuevo milenio es la "responsabilidad" de los prestadores. La evaluación de la calidad de la atención médica debe ser hecha por nosotros mismos; si no nos autoevaluamos y mejoramos continuamente la calidad de la atención que otorgamos, si no cumplimos con nuestra responsabilidad, no tendremos derecho a quejarnos si otros lo hacen por nosotros. Aguirre Gas, H. (2000),

Definen la calidad como “el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos”. Luft y Hunt (1986)

Cuando se utiliza la palabra calidad, el usuario y el prestador por lo general consideran características típicas de la atención médica y de salud en general, como eficiencia, cuidados y eficacia. Los programas de calidad, en

realidad pretenden además mejorar el desempeño, los resultados y otros aspectos, así como no reducir los costos de la Institución Gilmore (1996).

Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes. Donabedian, A. (1990).

"Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fueron creados" (2). Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración o la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común (figura 1). International Organization for Standardization (1989)

La European Foundation for Quality Management desarrolló un sistema para evaluar en forma integral la calidad, estableciendo una serie de criterios a evaluar, aplicables a una organización en su conjunto o a cada uno de los servicios que la integran; es un modelo integral y genérico, con el enfoque de calidad total. Actualmente este sistema es el utilizado para el otorgamiento del Premio Europeo de Calidad. Su adaptación al Sector Salud ha sido satisfactoria. Saturno PJ. (2001).



Figura 1. Distintas acepciones del concepto de la calidad asistencial en función de quien lo utiliza.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite". Vero, J. (1994).

2.3.3.2. Componentes de la calidad asistencial

Indicó que son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las

expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Donabedian, A. (1990).

Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.

A partir de este análisis, numerosos autores han postulado las dimensiones que abarca la calidad, siendo la clasificación más conocida la de Palmer H. (1983) incluye :

- Efectividad: Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.
- Eficiencia: La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.
- Accesibilidad: Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.
- Aceptabilidad: Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.
- Competencia profesional: Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios.

Uno de los debates más interesantes en este ámbito es la discusión sobre si los costes deben formar parte de la definición de calidad. Mientras algunos autores mantienen la necesidad de separar ambos conceptos para poder interrelacionarlos (Pe.: calidad/unidad de coste) otros incluyen la eficiencia en el centro de la definición de calidad postulando que si no se da, no tiene sentido la discusión sobre calidad.

2.3.3.3. Calidad máxima versus calidad óptima

Es importante diferenciar el significado de calidad máxima y calidad óptima. En efecto, la primera constituye un intento de consecución de la calidad ideal teórica, al precio que sea y con independencia de considerar si existen o no factores que se oponen a su consecución.

Representa como es lógico un desideratum, una utopía, la mayor parte de las veces inalcanzable pero que hay que perseguir. A este concepto se opone la calidad óptima, es decir aquella que, atendiendo a las circunstancias presentes, es factible de conseguir. Significa por tanto una adecuación del esfuerzo que debe hacerse para conseguir una determinada calidad, la máxima posible atendiendo las circunstancias. Como se comprenderá, constituye una visión más realista y razonable. Vero, J. (1994).

2.3.3.4. Motivaciones para la mejora de la calidad

Las motivaciones por las cuales puede plantearse la mejora de la calidad son de distinto origen.

De un lado, la transgresión o no adecuación de los valores éticos en una situación concreta puede aconsejar un cambio de la misma hacia otra situación de mayor calidad acorde con los valores éticos. Por otra parte, la mejora de la calidad puede ser promulgada por el legislador, por ejemplo al dictar leyes de acreditación de los centros de atención que contengan unos requisitos mínimos para determinadas actividades. La mejora de la calidad puede generarse por otra vía, como es la constatación de que el centro posee una mala imagen dentro de la comunidad y en consecuencia el motivo social será en este caso el responsable del cambio. Al final, los motivos económicos en general y el control de los costes en particular, pueden ser la génesis del cambio.

2.3.3.5 .Planificación, evaluación y mejora de la calidad asistencial

El aumento de los costes de la atención motivó en la década de los 80 una situación de crisis de los sistemas de atención a las personas que condujo progresivamente, al convencimiento de que es necesario el establecimiento de prioridades, atendiendo a la limitación de recursos y al encarecimiento progresivo, sin menoscabo de la calidad de la atención. En este contexto, los sistemas de atención a las personas se vuelven hacia las empresas industriales para aprovechar su experiencia en el manejo de situaciones de crisis y se empiezan a aplicar enfoques de la calidad provenientes de la industria que aportan un nuevo desarrollo a los conceptos de la calidad sanitaria.

Una aportación esencial en este ámbito es la realizada por Juran, el cual sostiene que la calidad no sólo puede evaluarse y mejorarse, sino que debe también planificarse, siendo esta fase necesariamente previa a las demás. Una vez planificada la mejora de la calidad por medio de la definición de la calidad que le interesa al cliente y diseñando los servicios adecuados a sus necesidades, deben destinarse y organizar los recursos de forma que permitan conseguir estos objetivos, diseñando al propio tiempo, los procesos capaces de producirlos y transfiriéndolos a las actividades habituales. Es entonces cuando puede producirse la evaluación de la calidad y la implementación de las medidas para que la mejora de la calidad pueda producirse, una vez se haya diseñado el sistema de medida que haga posible una rigurosa evaluación. Este concepto es esencial en el desarrollo de la calidad asistencial, ya que introduce una matiz de extrema importancia, como es el de que si la calidad debe planificarse, su responsabilidad máxima corresponde a las personas que realizan la planificación en las empresas, es decir a la alta dirección. Juran (1990).

Otras contribuciones importantes para la calidad, que se aplicaron en la salud atención de la salud en los últimos diez años, ellos fueron Deming, Crosby, Ishikawa.

2.3.3.6. Metodología de la evaluación de la calidad asistencial

Por lo que respecta a la evaluación y mejora de la calidad debe decirse que es imprescindible considerar en todo momento cuál es la práctica considerada correcta. Este concepto constituye un criterio, mientras que el nivel óptimo de aplicación de este criterio en una determinada realidad concreta constituye un estándar. Los estándares se fijan de acuerdo a los conocimientos científicos o los requisitos sociales del momento. En caso de que no exista evidencia científica, pueden fijarse por consenso entre los afectados por un determinado problema. Es imprescindible que una vez evaluada la práctica actual, se compare con los criterios y estándares establecidos, a fin de conocer los motivos de una práctica deficiente o mejorable, aspecto que constituye una fase muy importante del ciclo de evaluación. Deben a continuación proponerse e implantarse medidas correctoras, eficaces de modo que la práctica obtenida, después de su aplicación, mejore claramente hasta alcanzar los niveles previamente establecidos (figura 2).

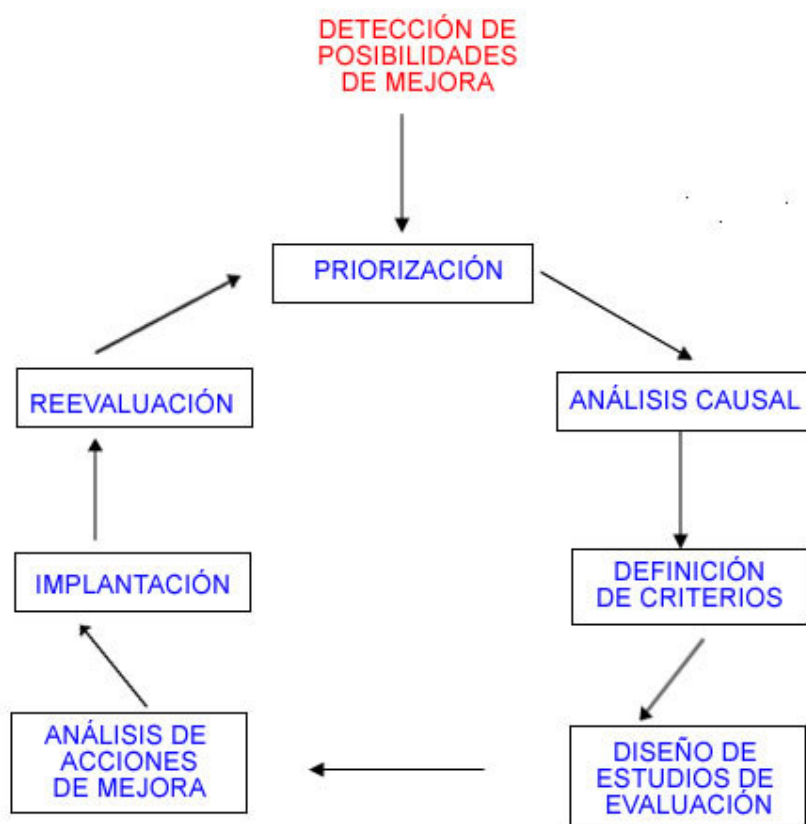


Figura 2. El ciclo de evaluación y mejora de la calidad

Debe recordarse en lo que hace referencia a la mejora de la calidad que esta debe ser continua y por tanto los estándares deben elevarse continuamente. Para ello no debe olvidarse que el proceso de mejora de la calidad debe estar centrado en el paciente y que siendo la atención del paciente resultado de una suma de acciones concretas, la mejora de la calidad debe conseguirse a través de una aproximación multifactorial que englobe todos estos factores que concurren en el usuario.

Debe resaltarse que si bien la gestión contempla los objetivos de la misma como su herramienta más importante, los programas de calidad trabajan en base de estándares. Estos conceptos no deben confundirse, así como debe diferenciarse también la investigación sobre calidad, que como toda investigación trabaja sobre hipótesis. De tal manera, no deben mezclarse en

un programa de mejora de calidad, elementos propios de la investigación, atendiendo a que ésta maneja conceptos hipotéticos, es decir, aún por demostrar. Regional Office for Europe. (1985).

A modo de corolario de esta sección debe hacerse hincapié en que la calidad de la asistencia, si bien todos los profesionales tienen su parte alícuota, es responsabilidad compartida con la institución y con la dirección del centro.

Por lo tanto la evaluación y mejora de la calidad consiste en:

- Establecer cuál es en cada momento la práctica considerada como correcta.
- Compararla con la que estamos realizando.
- Establecer los motivos por los cuales tenemos problemas.
- Aplicar los cambios necesarios para solucionarlos.
- Comprobar si estos cambios son eficaces.

2.3.3.7. El diseño de las acciones de mejora

Las acciones de mejora constituyen el núcleo de los programas de calidad. Se aplican en función de las causas que se han detectado en los problemas que se evalúan. En general podemos encontrar tres grandes tipos de causas:

- Problemas derivados de la falta de conocimientos, es decir, los profesionales no conocen como realizar correctamente un determinado aspecto de su trabajo (Ejemplo.: los cuidados más adecuados o, como informar sobre situaciones que generan ansiedad, ...). Frente a este tipo de causas las acciones más adecuadas son la capacitación continua y la protocolización.
- Problemas derivados de déficits organizativos, los cuales se corrigen lógicamente modificando los circuitos, las cargas de trabajo, los sistemas de coordinación e información, etc.

- Problemas de actitud derivados de situaciones en las cuales, los profesionales no están motivados para realizar una atención óptima. Por ejemplo, en los últimos años se ha discutido mucho sobre el síndrome del burn-out (quemado) de algunos profesionales. Las actitudes pueden verbalizarse, discutirse y por supuesto modificarse entendiendo su origen y aplicando estrategias de reconocimiento e incentivación.

De ahí que los expertos en calidad propugnen, en consecuencia con estos conceptos, el logro de un cambio de actitud de los profesionales implicados en el proceso de mejora, derivado de la experiencia japonesa, expresado con claridad en la frase "hacerlo bien a la primera" (Do it right the first time).

2.3.3.8. La aplicación práctica de la mejora de la calidad: el diseño de planes de calidad

Los planes de calidad pretenden una serie de finalidades entre las cuales destacan cuatro principales. Regional Office for Europe. (1985).

En primer lugar, el lograr el óptimo beneficio de la atención de cada usuario a través de la práctica de los profesionales por medio de los estudios de proceso y de resultado. Asimismo, el minimizar los riesgos que la asistencia implica, garantizando la seguridad y procurando obtener un buen balance riesgo/beneficio, tratando de evitar accidentes causados por la propia asistencia. Otra finalidad que se persigue es la obtención de la eficiencia en el uso de los recursos destinados a la atención o lo que es lo mismo, lograr una buena relación costes/resultados; en definitiva, conseguir este beneficio con los recursos mínimos. Por último garantizar el confort y respeto al derecho de los usuarios, por medio del cumplimiento de las expectativas de los mismos, prestando los servicios en último término de forma satisfactoria para la población.

Existen diferentes formas de abordar un programa de calidad pero en síntesis puede decidirse trabajar:

- Con un enfoque por problemas, es decir realizando una lista de los aspectos susceptibles de mejora, priorizarlos y abordarlos progresivamente.
- Mediante sistemas de monitorización y evaluando periódicamente a través de indicadores los aspectos considerados cruciales de la atención (tanto si creemos que actualmente lo estamos haciendo bien como si pensamos que puede haber problemas). Este segundo enfoque requiere una mayor complejidad metodológica y de recursos pero permite una visión más globalizada de la situación.

Las diferentes formas organizativas los programas que pueden adoptarse (comisiones, grupos de mejora, círculos de calidad) dependen del tipo de enfoque del programa y de los objetivos que se fijen en cada momento.

2.3.3.9. Factores de éxito en la implantación de un programa de mejora de calidad

Para que tenga éxito todo programa de mejora de la calidad, precisa atender una serie de premisas, cuya ausencia hace presagiar el fracaso del mismo. Así, es primordial que los programas estén centrados en el cliente y vean a éste como el núcleo de atención. El establecimiento de un programa de mejora de la calidad, debe abordarse desde una aproximación multidisciplinaria que contemple de manera global todos los extremos susceptibles de mejora. Como ya se ha mencionado con anterioridad es fundamental la asunción del programa por parte de los directivos del centro y que éste no sólo tenga la consideración de un objetivo institucional sino también que esté integrado en los sistemas de gestión.

En lo que se refiere al personal, debe decirse que su participación debe producirse como parte de su responsabilidad profesional y que deben lograrse elementos de incentivación positiva que mantengan el interés por el proceso de mejora. Asimismo, es imprescindible el soporte metodológico

para lograr realizar los estudios de forma eficiente, válida y fiable. Por último, y es condición sine qua non, debe procederse a una evaluación sistemática del programa a fin de comprobar su eficacia y corregir los defectos que pudieran haberse encontrado.

2.3.3.10. Evaluación de los grados de calidad de los centros

Parangonando los grados de concienciación que distintas empresas pueden tener de los problemas que les afectan, puede establecerse una gradación del conocimiento de los centros respecto a la calidad que poseen. Estos grados pueden dividirse en las siete siguientes categorías, escalonadas según más o menos conocimiento de su problemática:

- 6.- Existen centros que no saben resolver problemas, porque no tienen problemas.
- 5.- Existen centros que saben resolver problemas antes de que se presenten.
- 4.- Existen centros que saben organizar la corrección sistemática de los problemas.
- 3.- Existen centros que corrigen los problemas cuando se presentan.
- 2.- Existen centros que saben por qué hay problemas pero no saben resolverlos.
- 1.- Existen centros que saben que hay problemas pero no saben por qué
- 0.- Existen centros que no saben que en realidad hay problemas.

La evaluación de la calidad de la atención médica, es el análisis metodológico de las condiciones en que se otorga la atención médica, mediante la integración de un diagnóstico situacional que permite conocer las condiciones estructurales, para su prestación, las características del proceso y la consecución de los resultados esperados. Implica la identificación de los procesos que requieren ser mejorados, los logros alcanzados y los problemas que son necesarios resolver. Aguirre Gas H. (2000).

2.3.3.11. La relación de la calidad con el individuo y la sociedad

A pesar de que hemos mencionado anteriormente las aportaciones de los sistemas de calidad industrial al modelo de atención a las personas, es interesante señalar una serie de consideraciones de la atención en relación, tanto al cliente como a la sociedad, las cuales diferencian claramente ciertas características de la gestión de la calidad en este ámbito respecto de aquellas propias del ámbito industrial. De una parte, los profesionales de la atención no son sólo proveedores de satisfacción para los usuarios, sino que también aseguran la correcta atención por medio de los aspectos de la calidad técnica, de la máxima importancia. De hecho, el usuario establece con el profesional una relación fiduciaria, es decir, basada en la asunción de que el profesional obrará de la manera más adecuada y le aconsejará sobre lo que más le convenga .Donabedian A. (1993).

Cabe decir que la relación interpersonal que se establece en la atención a las personas es especialmente compleja ya que se produce en unos momentos en que están en juego valores muy importantes de la persona, (vida, autonomía, dignidad, etc.), aspectos que deben cuidarse especialmente. De otra parte, no debe olvidarse que el usuario o su familia, en virtud de su derecho emanado del principio de autonomía, tiene la capacidad de participar en el proceso, lo cual establece una responsabilidad compartida con los profesionales en relación a los resultados obtenidos.

Por lo que se hace referencia a las relaciones con la sociedad, debe resaltarse que, al menos en la atención pública, deben utilizarse los recursos de una forma equitativa, de tal manera que la distribución de la atención sea lo más justa posible. De ahí que la necesidad de interrogarse constantemente sobre si el balance coste-beneficio de la actividad asistencial o de cada procedimiento, es el adecuado.

2.3.3.12. La calidad asistencial y su relación con la ética

Estos dos últimos conceptos, sientan las bases para considerar la dimensión ética de la garantía de calidad que debemos a nuestros usuarios. En efecto, las consideraciones de hacer el máximo bien, el no hacer daño, el permitir la máxima soberanía de decisión en aquellos temas que le atañen -y no hay nada que atañe más a una persona que su propio cuerpo y su propia vida y procurar el bien de la comunidad, devienen un imperativo ético.

En este panorama el desarrollo de la metodología de la bioética está jugando un papel muy importante. La definición de los principios básicos y su correlación ha representado un instrumento de valor inapreciable en el ámbito de la calidad y la gestión de los servicios a las personas Suñol R. (1997).

Además, a partir de la formulación de la bioética, la eficiencia se convierte no sólo en el mejor sistema de controlar costes sino en un imperativo ético para profesionales y gestores, ya que es la única forma de garantizar el principio de justicia. No se trata sólo de hacer lo mejor posible al mínimo coste para ahorrar o aumentar beneficios, sino porque el principio de justicia no permite desaprovechar recursos, siempre escasos hoy en día, que podrían ser utilizados para solventar las necesidades de otros individuos. La bioética constituye en consecuencia un marco global de vital importancia, que permite establecer un sistema de valores para discutir las decisiones. De este modo, la bioética se convierte en el método, para establecer criterios de calidad de la atención tanto de la vertiente asistencial, como de la gestión de los centros, los cuales, con posterioridad, podrán evaluarse y mejorarse siguiendo la metodología de la mejora continua de la calidad.

2.3.3.13. La calidad asistencial y su relación con los costes

Se ha demostrado fehacientemente que los costes de la no-calidad generan repeticiones innecesarias que aumentan los costes y que éstos constituyen un porcentaje importante de los costes globales del centro, llegándose a

cifrar en el 20% de la facturación de muchas empresas y aún el 35% en las empresas de servicios.

Por otra parte es oportuno resaltar aquí que la calidad y la cantidad de la atención no son siempre contradictorios. En absoluto puede afirmarse que necesariamente la calidad disminuye cuando se produce más. Este hecho se pone claramente de manifiesto observando la figura 3. En ella puede observarse que, partiendo de una calidad hipotéticamente nula, ésta aumenta proporcionalmente a medida que aumenta paralelamente la cantidad de actividad sanitaria, si bien, después de llegar a un máxím, la calidad no aumenta y aún disminuye a medida que se va aumentando la cantidad de la producción . Se trata por tanto de conseguir una situación ponderada que se mueva dentro de la banda acotada entre la calidad mínima aceptable y la calidad óptima. La conclusión práctica que puede sacarse es que, por lo que respecta a la obtención de calidad, tan malo es moverse en niveles bajos de cantidad como en niveles muy altos de calidad que agobian el trabajo del profesional.

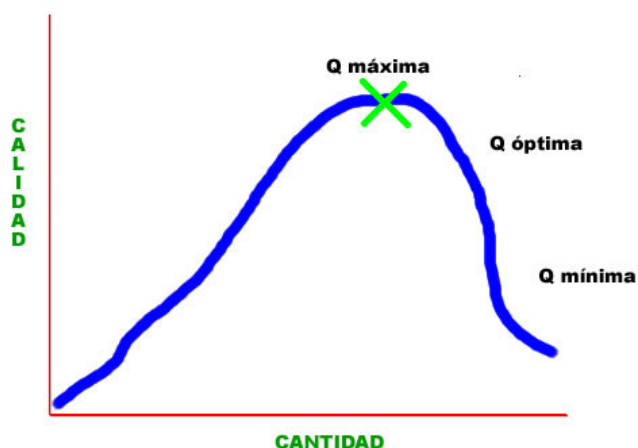


Figura 3. Correlación entre la cantidad y la calidad.

Si se analiza esta perspectiva desde el punto de vista de la cantidad de recursos en relación con los beneficios obtenidos en la atención sanitaria, puede verse que la curva que correlaciona estos dos ítems adopta una

forma tal como la que muestra la figura 4, en la cual puede observarse con claridad el distinto comportamiento de correlación según los diferentes niveles en los que nos podemos mover. De este modo, cuando nos movemos en niveles bajos de beneficios basta un pequeño aumento de los recursos para obtener un significativo aumento de los beneficios. Por el contrario, cuando nos movemos en un nivel apreciable de beneficios se necesita una aplicación de recursos muy notable para producir una muy discreta mejora de los mismos.

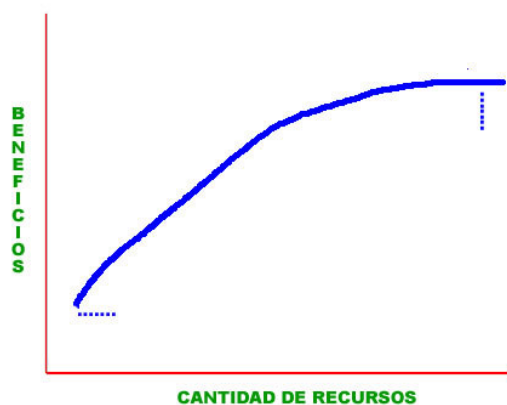


Figura 4. Correlación entre el beneficio sanitario y los recursos utilizados.

Una cosa parecida, pero de signo contrario ocurre cuando se analiza la relación de los riesgos con la cantidad de recursos empleados. En efecto, la curva de correlación adopta en este caso la forma que indica la figura 5, de la cual puede deducirse que aplicando una notable cantidad de recursos los riesgos de la atención aumentan en pequeña proporción, siempre que nos movamos en niveles de bajo riesgo y pocos recursos, lo contrario que acontece cuando sobrepasamos el punto de inflexión de la curva en cuya situación, la nueva adición de una pequeña cantidad de recursos, da lugar a que los riesgos se disparen de manera desproporcionada.



Figura 5.- Correlación entre el riesgo y la cantidad de recursos empleados.

Si estos conceptos se estudian desde la óptica de la utilidad, la cual no es más que la diferencia entre los beneficios que podemos obtener de la atención y los riesgos que la misma implica, se puede observar que a medida que se aumentan los recursos va obteniéndose mayores cotas de calidad asistencial hasta un cierto punto, sobrepasado el cual la calidad no aumenta y aún puede disminuir, a pesar de que se vayan aumentando los recursos (Fig. 6). El punto máximo de inflexión de la curva representa por tanto la situación de asistencia óptima. Compárese la semejanza de esta curva con la de la figura 3, quedando patente el paralelismo entre la cantidad de esfuerzo asistencial a realizar por los profesionales y la cantidad de recursos empleados en la asistencia.



Figura 6. Correlación entre la utilidad y los recursos.

El algoritmo de la figura 7 ilustra significativamente el papel que juegan los programas de calidad y los posibles efectos de los mismos sobre los costes. En efecto, el impacto sobre los costes que conlleva la aplicación de los programas de mejora de la calidad fue resumido por Donabedian en el presente esquema, postulando este autor que los mismos pueden generar cuatro tipos de actividades.

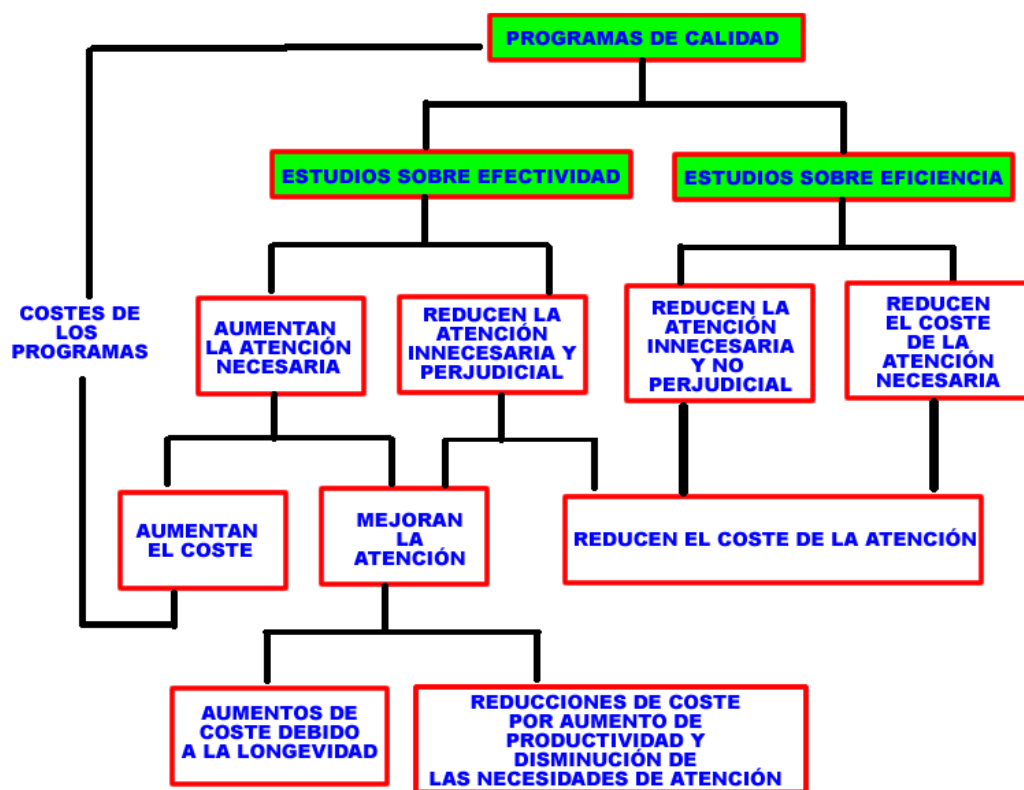


Figura 7. Efectos posibles de los programas de calidad sobre los costes.

Una de ellas es la detección y mejora de situaciones en las que sea necesario proveer un aumento de recursos y por lo tanto de costes, por ejemplo cuando se aumenta el uso de la morfina en los pacientes terminales, siendo el resultado neto el de mejorar la atención y aumentar el coste. Otra actividad es la supresión de procedimientos que perjudican la salud y aumentan el coste, por ejemplo la prolongación innecesaria de las estancias en centros asistenciales. En estos casos mejora la atención y disminuyen los costes de los procesos. Una tercera actividad sería la identificación y supresión de casos en los que se está proveyendo un servicio no útil ni perjudicial para el cliente, pero que genera coste, por ejemplo cuando se realizan controles de constantes vitales a usuarios que no los necesitan. Por último, la introducción de procedimientos que permitan obtener el mismo beneficio a un menor coste. Por ejemplo, los algoritmos de decisión en circuitos complejos.

En todos estos casos debe considerarse sin embargo, además de los costes directos de la modificación del proceso, los costes indirectos generados en los casos de aumento de productividad y calidad de vida del usuario a nivel positivo y a nivel negativo por el proceso de envejecimiento. Finalmente, no puede dejar de considerarse en este algoritmo el propio coste de llevar a la práctica los programas de mejora de calidad.

Es muy oportuna, para cerrar este apartado, la cita de Philip B. Crosby: "Un periodo recesivo no es necesariamente malo para la calidad. En épocas difíciles se intenta reducir los costes y, para ello, es importante eliminar defectos. Al mismo tiempo, las empresas deben hacer mayores esfuerzos para mantener su posición en el mercado, por lo que prestan mayor atención al cliente." Si bien en la atención a las personas desde el ámbito público no ha considerado hasta ahora el término de mercado, también es cierto que la implantación de nuevas formas de gestión, con criterios más empresariales que progresivamente van incorporándose a este campo, hacen cada vez mas valorable la cita precedente.

2.3.3.14. Indicadores de la calidad de atención médica

Silva (1997) define a un indicador como “una construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo y producir un número por medio del cual se procura cuantificar algún concepto o noción asociada a ese colectivo”.

En el glosario de términos de la OMS, aparece el siguiente párrafo para definir el término indicador (World Health Organization) Variable con características de calidad, cantidad y tiempo, utilizada para medir, directa o indirectamente, los cambios en una situación y apreciar el progreso alcanzado en abordarla. Provee también una base para desarrollar planes adecuados para su mejoría.

Un indicador de la calidad de atención médica es una variable que busca expresar una determinada situación y medir el nivel con que ésta se manifiesta, de forma tal que resulte útil para evaluar cambios en el tiempo y

hacer comparaciones en el espacio. Con esta perspectiva, se puede aseverar que los indicadores de calidad y eficiencia de la atención sanitaria jugarían el mismo rol que los que se usan en los laboratorios para impedir problemas en el proceso que afecten la calidad de los resultados y se origine un fracaso en los niveles donde éstos se aplican. Jimenez, R.(2004).

En la atención hospitalaria, los indicadores de calidad y eficiencia sirven de base para medir el desempeño de los servicios que brinda o debe brindar el hospital y facilitar las comparaciones en el espacio y en el tiempo. Por lo tanto, de la posibilidad del desarrollo de indicadores específicos a nivel local, la necesidad de indicadores de valor general ha sido y es una necesidad cada día más comprendida. Jiménez, R.(2004).

Un buen indicador por lo menos deberá cumplir al menos con cuatro características:

- Validez: debe reflejar el aspecto de la calidad para el que se creó o estableció y no otro.
- Confiabilidad: debe brindar el mismo resultado en iguales circunstancias.
- Comprensibilidad: debe comprenderse fácilmente qué aspecto de la calidad pretende reflejar. Jiménez, R.(2004).
- Sencillez: debe ser sencillo de administrar, de aplicar y de explicar.

La aplicación y uso de adecuados indicadores de calidad de atención médica deberá además sustentarse sobre adecuados sistemas de información, es decir, se debe basar en: la fuente de datos, las características de los recolectores o la necesidad de velar por la confidencialidad de datos sobre los pacientes.

El desarrollo de indicadores de calidad de la atención hospitalaria es de larga data. Ya en 1952, se publicó un estudio que comparaba las tasas de apendicectomía de diferentes áreas de servicios hospitalarios en Rochester (Nueva York) como indicadores de la variación en la calidad de la atención en esas áreas. El autor señalaba entonces: “las medidas de calidad deberían

expresarse en términos uniformes y objetivos y que permitan comparaciones significativas entre comunidades, instituciones, grupos y períodos de tiempo... todavía existen muy pocos métodos sencillos y fáciles que satisfagan las necesidades de este tipo de mediciones...” Lembcke PA.(1988).

En la actualidad existen miles de indicadores de calidad de atención médica desarrollados para la valoración de la calidad de la atención de salud y de la hospitalaria en particular. (AHRQ Quality Indicators, 2002). En la base conceptual de indicadores de la calidad de servicios médicos, se tratan aspectos tales como el uso de indicadores agregados para evaluar el desempeño hospitalario, o si deben o no hacerse públicos los informes sobre indicadores de desempeño. Leatherman y Mc Carthy (1999).

2.3.3.15. Clasificación de indicadores de calidad de atención médica

Donabedian fue el primero en proponer que los métodos para medir la calidad de la atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados.(Donabedian A.,1986). Este enfoque se usa con una guía de diversos investigadores en sus trabajos que abordan el problema de la monitorización de la calidad de la atención sanitaria y hospitalaria en particular. De Moraes y Paganini (1994).

De manera general, los indicadores de calidad de la estructura, o indicadores de estructura, miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos, los indicadores de la calidad del proceso o indicadores de proceso miden, de forma directa o indirecta, la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente y los indicadores basados en resultados o indicadores de resultados miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se

ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención. Jiménez, R. (2004).

2.3.3.16. Indicadores de calidad de la estructura

La evaluación de la estructura constituye los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto monetario), los recursos humanos (número y calificación del personal) y otros aspectos institucionales o gerenciales (organización del personal médico y métodos para su evaluación).

Su evaluación es casi siempre fácil, rápida y objetiva pues abarca una serie de características estáticas y previamente establecidas, sobre la base de conseguir una calidad aceptable para un momento dado. No obstante, la estructura más perfecta no garantiza la calidad y el uso de estos indicadores es limitado si se pretende tener una visión real de la calidad de la gestión hospitalaria.

Se puede aseverar que ni el proceso ni los resultados pueden existir sin estructura aunque ésta puede albergar distintas variantes del propio proceso. La relación entre estructura y calidad se origina sobre todo de que algunas deficiencias del proceso pueden estar, al menos parcialmente explicadas por problemas de estructura. Jiménez, R. (2004).

Dentro de los indicadores que se consideran como “de estructura” están la accesibilidad geográfica, la estructura física del área hospitalaria, las características y estructura de cada servicio, los recursos humanos (números y calificación), los recursos materiales y las actividades asistenciales, docentes e investigativas. (Donabedian A., 1986)

El autor De Geyndt (1994) establece cuatro categorías para los indicadores de estructura:

Estructura física: comprende cimientos, edificaciones, equipo médico y no médico (fijo y movable), vehículos, mobiliario médico y de oficina, medicamentos y otros insumos farmacéuticos, almacenes y condiciones de almacenamiento y mantenimiento de los inmuebles.

Estructura ocupacional (staff): incluye la calidad y cantidad del personal médico y no médico empleado para brindar asistencia médica: número y tipo de personal por categoría. Incluye también relaciones entre categorías de personal (Ej. enfermeras/médico) o entre personal y población (Ej. médicos/habitante), entrenamiento del personal (por tiempo y lugar) y los criterios de desempeño del personal específico.

Estructura financiera: incluye el presupuesto disponible para operar adecuadamente los servicios, pagar a los trabajadores, financiar los requerimientos mínimos de entradas físicas y de personal y proveer incentivos con la finalidad de obtener un desempeño mejor.

Estructura organizacional: refleja las relaciones entre autoridad y responsabilidad, los diseños de organización, aspectos de gobierno y poderes, proximidad entre responsabilidad financiera y operacional, el grado de descentralización de la capacidad de decisión y el tipo de decisiones que son delegadas.

2.3.3.17. Indicadores de la calidad del proceso

Los indicadores que miden la calidad del proceso ocupan un lugar importante en las evaluaciones de calidad. El proceso de la atención médica es el conjunto de acciones que debe realizar el médico (como exponente del personal que brinda atención) sobre el paciente para arribar a un resultado específico que, en general se concibe como la mejoría de la salud quebrantada de este último. Se trata de un proceso complejo donde la interacción del paciente con el equipo de salud, además de la tecnología que se utilice, deben jugar un papel relevante. Jiménez, R. (2004).

También se analizan aquí variables relacionadas con el acceso de los pacientes al hospital, el grado de utilización de los servicios, la habilidad con que los médicos realizan aquellas acciones sobre los pacientes y todo

aquello que los pacientes hacen en el hospital por cuidarse a sí mismos. Por otro lado, es en el proceso donde puede ganarse o perderse eficiencia de modo que, los indicadores de eficiencia (que se abordan más adelante) en cierto sentido son indicadores de la calidad del proceso. Jiménez, R. (2004).

Según expresan Gilmore y de Moraes, en la atención médica, los procesos suelen tener enormes variaciones, con los indicadores lo que se trata, es de identificar las fuentes de variación que pueden deberse a problemas en la calidad de la atención. Gilmore y De Moraes, (1996).

Existe además una contradicción dialéctica entre los indicadores de proceso y los de resultado, algunos alegan que el proceso pierde sentido si su calidad no se refleja en los resultados mientras que otros señalan que muchos resultados dependen de factores, como las características de los pacientes, que nada tienen que ver con la calidad del proceso. Brook y otros (1996).

2.3.3.18. La historia clínica como un importante indicador del proceso

Entre los indicadores de proceso más comunes se hallan los que permite evaluar la calidad de documentos o formularios que deben llenarse durante el desarrollo de la atención por los médicos u otros profesionales o técnicos de la salud. Como ejemplo clásico está la evaluación de la historia clínica de los pacientes, documento básico donde se refleja todo el proceso que pasa el paciente durante su permanencia en el hospital. Jiménez, R. (2004).

De acuerdo a la gran cantidad de componentes que suele tener la historia clínica en algunos hospitales, centros de salud o clínicas se ha instrumentado un sistema de puntos para evaluar su calidad. Se trata de otorgar puntos a todos los elementos de la historia de manera que la ausencia de un elemento o su confección incorrecta conduzcan una “pérdida” de puntos. El sistema puede organizarse sobre una base cualquiera (100, 20, 10 u otro) y la mayor dificultad estriba, en lograr darle a

cada componente o elemento de la historia, un peso adecuado. Así mismo, deberán emplearse técnicas adecuadas de muestreo ya que por el gran volumen de historias clínicas que suele haber en un hospital este sistema de puntos suele aplicarse solo a un subconjunto de historias cuya evaluación, presuntamente debe permitir obtener una idea de la calidad de la historia clínica en el hospital, servicio o unidad de pacientes que se desee. Jiménez, R. (2004).

La calidad de otros documentos que reflejan el proceso de atención, también podría medirse con un sistema similar. La confección y validación de una escala o sistema para evaluar una historia clínica u otro documento resultante de la actividad asistencial debería guiarse por los procedimientos ya conocidos para construir y validar escalas de medición. (Streiner y Norman, 1995).

2.3.3.19 .Indicadores de calidad basados en los resultados

Los indicadores basados en los resultados han sido el eje central de la investigación para la monitorización de la calidad pues tienen la enorme ventaja de ser fácilmente comprendidos; su principal problema radica en que para que constituyan un reflejo real de la calidad de la atención, deberán contemplar las características de los pacientes en los cuales se basan, algo que puede resultar complicado. Delamothe T. (1994).

El resultado, está referido al beneficio que se consigue en los pacientes, sin embargo también puede medirse en términos de daño o, también, el resultado es un cambio en la salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida. Jiménez, R. (2004).

El autor Donabedian define como resultados médicos “aquellos cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual”. Pero también anota que los resultados incluyen otras consecuencias de la asistencia como verbigracia el conocimiento acerca de

la enfermedad, el cambio de comportamiento que trasciende en la salud o la satisfacción de los pacientes. A esta aseveración se le atribuye una gran relevancia debido a que, de constituir el juicio de los pacientes sobre la calidad de la asistencia recibida, tiene una influencia directa sobre los propios resultados. Donabedian, (1986)

El análisis de los resultados en la calidad de atención médica brinda oportunidades para medir la eficacia, efectividad y eficiencia de las prácticas médicas, en el aspecto de la valoración de las tecnologías, así como de la evaluación de los proveedores de servicios asistenciales.

Les asignan a los indicadores de resultados de la atención hospitalaria, varias características entre las que se destacan las siguientes:

No evalúan directamente la calidad de la atención, sino que simplemente permiten deducir sobre el proceso y la estructura del servicio.

Dependen de la interacción con otros factores, como la mezcla de pacientes (case mix, su nombre en inglés) y la gravedad de la enfermedad.

Reflejan la contribución de diferentes aspectos del sistema de atención médica pero al mismo tiempo esconden lo que anduvo bien o mal y no deberían analizarse separadamente del proceso y la estructura.

Son mejor comprendidos por los pacientes y el público que los aspectos técnicos de estructura y proceso.

Dentro de los indicadores de resultados se pueden identificar dos grandes grupos: los llamados "Indicadores Centinela" y los "Indicadores basados en proporciones o de datos agrupados". Gilmore y De Moraes (1996).

2.3.3.20. Indicadores de resultados: indicadores centinela

Son aquellos que representan un suceso lo bastante grave e indeseable del resultado de la atención, como para realizar una revisión individual de cada caso en que se ocasione. Identifican la aparición de un evento serio cuya ocurrencia debe ser investigada inmediatamente. Son significativos para garantizar la seguridad del paciente, pero son menos útiles para evaluar el desempeño global de un hospital. Jiménez, R. (2004).

Los sucesos centinela se caracterizan por una baja probabilidad de ocurrencia y una alta probabilidad de ser atribuibles a un fallo en la atención y por tanto deben tener una excelente validez. De Moraes y Paganini, (1994).

En ocasiones se distingue entre “evento centinela” e “indicador centinela”. Un evento centinela es el suceso propiamente dicho y el indicador centinela es el que resume información de eventos considerados centinela. Por ejemplo: el número de muertes maternas por número de partos ocurridos en un período, se considera un indicador centinela, pero el suceso o evento centinela es la muerte materna. Jiménez, R. (2004).

Cuadro 1. Casos de sucesos considerados centinela

Gangrena gaseosa.
Absceso del SNC.
Daño por anoxia cerebral.
Punción o laceración accidental durante acto quirúrgico.
Dehiscencia de sutura operatoria.
Cuerpo extraño abandonado accidentalmente durante acto quirúrgico.
Reacción ABO incompatible.
Reacción Rh incompatible.
Fallecimiento tras cirugía menor de bajo riesgo.
Muerte materna (ocurrida en el hospital).

Fuente: Datos tomados de Jiménez (2004).

2.3.3.21. Indicadores de resultados: Indicadores de datos agregados (continuos o basados en tasas)

Son los indicadores de calidad de atención médica que demuestran la necesidad de una revisión detallada, sólo si la proporción de casos en que se presenta el suceso de base sobrepasa un límite considerado aceptable por los propios profesionales de salud (umbral).

Los indicadores de datos agregados (continuos o basados en tasas) son los que evalúan el desempeño en base a los eventos que suceden con cierta frecuencia. Son los más importantes para determinar el nivel de desempeño de una institución, detectar tendencias, hacer comparaciones con el desempeño pasado, con otras instituciones o con puntos de referencia establecidos.

Cuadro 2. Casos de Indicadores de datos agregados

Tasa de mortalidad hospitalaria (general o por servicios).
Tasa de reingreso por la misma enfermedad.
Tasa de infecciones intrahospitalarias.
Tasa de complicaciones relacionadas a la hospitalización (úlceras de decúbito, dehiscencia de sutura).
Tasa de incapacidad (física o psíquica al egreso).
Tasa de accidentes quirúrgicos por número de operaciones.
Tasa de mortalidad por complicaciones anestésicas (por número de operaciones).
Tasa de mortalidad por resecciones pancreáticas.
Tasa de mortalidad por insuficiencia cardíaca congestiva.
Tasa de mortalidad por infarto del miocardio.

Fuente: Jiménez, R. (2004).

Los programas de garantía de calidad de hospitales generalmente plantean una lista de mediciones de resultados que son los indicadores de datos agregados.

2.3.3.22. Indicadores de resultados: Indicadores trazadores

El autor Aranaz introduce un tercer tipo de indicador de resultados: el indicador trazador, que es “una condición diagnóstica típica de una determinada especialidad médica o de una institución, que refleje de forma fiable la globalidad de la asistencia brindada. Puede ser una enfermedad de diagnóstico frecuente en la cual las deficiencias en la asistencia se consideran comunes y susceptibles de ser evitadas, y en las que se puede lograr beneficio al corregir esas deficiencias”. Chassin , (1996).

Este tipo de indicador incluye sucesos no tan graves para requerir un análisis individual como es el caso de los indicadores centinela ni es susceptible de ser evaluado sólo mediante proporciones, sino que consiste en la detección, de padecimientos relativamente frecuentes, de fácil diagnóstico cuyo tratamiento produce resultados inequívocos (o altamente probables) y permite así identificar si el caso ha sido manejado apropiadamente o no. Por ejemplo: un paciente hospitalizado por hipertensión arterial que al egreso continúa con cifras tensionales elevadas, un paciente con prescripción de 7 o más fármacos al alta o un paciente diabético que al egreso continúa con cifras de glucemias elevadas, pueden considerarse sucesos trazadores ya que indican, con alta probabilidad, un problema de calidad en la atención médica recibida. Jiménez, R. (2004).

Relacionado con este concepto, en 1970 se desarrolló en el Instituto de Medicina (de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos) lo que llamaron “Metodología Trazadora”.(De Geyndt W.(1994). En este contexto se definió un indicador trazador como “un problema específico de salud que, cuando se combina en conjuntos, permite a las personas que evalúan la

atención médica, determinar debilidades y fortalezas de una práctica médica específica o de una red de servicios de salud”. Para la atención primaria se definieron 6 indicadores trazadores: infección del oído medio y pérdida de la audición, desórdenes ópticos, anemia por deficiencia de hierro, hipertensión, infecciones del tracto urinario y cáncer del cuello de útero. La evaluación en el tiempo de tasas de incidencia o prevalencia de estas enfermedades en la comunidad, serviría para evaluar la efectividad de la atención médica recibida y probablemente la calidad, puesto que se trata de dolencias fácilmente tratables.

Según Kessner una enfermedad (o dolencia) trazadora debería cumplir con las características de: (Geyndt W., 1994).

Impacto funcional significativo.

Fácil diagnóstico.

Alta prevalencia.

Cambiar sustancialmente con la atención médica.

Tener criterios de manejo ampliamente aceptados.

Ser comprendida en el contexto epidemiológico.

No existe una lista específica de indicadores trazadores sino que éstos se han de establecer en el lugar y momento apropiados.

2.3.3.23. Indicadores basados en la opinión de los pacientes

Si pensamos que la atención sanitaria está dirigida especialmente a mejorar la salud de las personas y de las comunidades, es natural que la opinión de los pacientes constituya uno de los indicadores principales de su calidad. En esto se basan los actuales esfuerzos hacia los llamados “sistemas orientados al cliente” o la llamada “capacidad de reacción” (en inglés “responsiveness”) a las expectativas de la población como cualidad importante de los sistemas de salud. McKee, (2001).

“La satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención porque proporciona información sobre el

éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente que son asuntos en los que éste, es la autoridad última”.(Donabedian, 1982).

La OMS en su Marco para el Desempeño de los Sistemas de Salud señala tres objetivos:

Mejoría de la salud de las poblaciones a las que sirven.

Responder a las expectativas no médicas de la población.

Proveer protección financiera contra el costo de la salud deteriorada.(World Health Organization).

Recientemente se han comenzado a desarrollar programas de evaluación de resultados, que incluyen la satisfacción del paciente y la mejoría subjetiva de los síntomas. Debido a que la información sobre estos elementos no aparece fielmente reflejada en la historia clínica (que confeccionan usualmente los proveedores de salud) para implantar estos programas ha sido necesario desarrollar instrumentos ad hoc. Waxman H. (1994).

Tres de los más conocidos son: el Cuestionario de Satisfacción del Cliente (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ-8) (Larsen, Attkisson , Hargreaves y Nguyen ,1979), el Inventario Breve de Síntomas (Brief Symptom Inventory, BSI), (Derogatis y Melisaratos, 1993) y la Encuesta Corta de Salud MOS 36 (MOS 36- Item Short Form Health Survey, SF-36). Ware y Sherbourne ,(1992).

El primero (CSQ-8) se basa en 8 preguntas que deben responder los pacientes al final de su estadía en el hospital sobre la base de una escala análogo-visual. Cada pregunta se evalúa entre 0 y 4 puntos y la satisfacción está directamente relacionada con el número de puntos, de modo que la suma de lugar a una variable semicuantitativa que toma valores entre 8 y 32 puntos. Jiménez, R.(2004).

El segundo (BSI) ha sido concebido para servicios psiquiátricos, está formado por 32 preguntas que versan sobre la capacidad para realizar determinadas actividades. Para cada pregunta el paciente deberá contestar

con una de 5 posibilidades que van desde “ninguna dificultad” (0 puntos) hasta “con dificultad extrema” (4 puntos). Jiménez, R (2004).

El tercero (SF-36) es similar al anterior pero está concebido para servicios generales (no psiquiátricos). Tanto el BSI como el SF-36 deben ser contestados por el paciente, al ingreso y al egreso de manera que se pueda evaluar el cambio (supuestamente mejoría) como una diferencia en el estado de salud percibido por el paciente. Jiménez, R.(2004).

Existen en la actualidad infinidad de Programas e instrumentos que tienen como objetivo evaluar el desempeño de servicios, hospitales u otras instituciones de los sistemas de salud a partir de la opinión y satisfacción de los pacientes, continúan desarrollándose.

Salomón y otros autores (1999) describen la construcción de una escala para evaluar la opinión de pacientes hospitalizados sobre la calidad de la atención que reciben. Nathorst-Böös y otros proponen dos modelos para evaluar la satisfacción de los pacientes: “Calidad desde la perspectiva del paciente” y “Calidad, satisfacción, desempeño”; con el primero, el paciente juzga los diferentes dominios en dos dimensiones: la realidad percibida y la importancia subjetiva; el segundo modelo utiliza análisis multivariado para captar las prioridades del paciente. Nathorst-Böös y otros, (2001)

Hay un instrumento que permite evaluar la validez y confiabilidad de un instrumento llamado “Cuestionario de satisfacción de la atención hospitalaria”. Hendriks y otros, (2002)

Quizás la limitación más importante que puede señalar, a las evaluaciones de este tipo es la que se deriva de que la calidad sea considerada a partir de la óptica del paciente, ya que no puede asegurarse que la calidad de la atención médica, tal como ha sido generalmente concebida se corresponda directamente con lo que percibe el paciente. Sin embargo Waxman (1994) una asociación positiva entre los resultados arrojados por su programa y los

niveles de otros indicadores de calidad tradicionales (tasa de mortalidad, tasa de reingresos y promedio de estadía). Waxman (1994).

Otras limitaciones de las evaluaciones de desempeño a partir de la opinión de los pacientes estarían dadas por el hecho de que muchas veces deben ser los mismos médicos los que realizan o controlan la recogida de la información y porque el llenado voluntario de los cuestionarios conduce a tasas de no-respuesta que pueden ser altas.

2.3.3.24. Indicadores positivos y negativos

Otra clasificación de los indicadores de resultados es la que los divide según su interpretación o la reacción a que den lugar en los evaluadores. Así se consideran:

Indicador positivo

Aquel que se basa en un suceso considerado deseable. Por ejemplo, el volumen de revascularizaciones coronarias por año en un hospital o servicio, es un indicador que puede considerarse positivo ya que se espera que cifras altas de este volumen, se asocien a una buena calidad de la atención.

Indicador negativo

Aquel que se basa en un suceso considerado no deseable, según el estado del conocimiento científico. Las tasas de mortalidad por complicaciones o por procedimientos terapéuticos son generalmente indicadores negativos. Jiménez, (2004).

2.3.3.25. Indicadores de eficiencia

Eficiencia es un término de uso común al cual suelen dársele variados significados. El diccionario de la Real Academia Española la define como la “virtud y facultad para lograr un efecto determinado” pero en su acepción más técnica la eficiencia, contempla también el esfuerzo que se hace para lograr un efecto. Jiménez,(2004).

En Economía en general se aceptan tres niveles básicos de eficiencia (eficiencia técnica, eficiencia de gestión y eficiencia económica) y se incorporan además al concepto de eficiencia, los términos eficiencia estratégica y eficiencia operativa. Con esta diversidad de nomenclatura se pretende dar cabida a los variados aspectos relacionados con la producción de bienes y servicios: factores de producción, costos de producción, costo social, competencia, gestión económica, etc. Gálvez, (1999).

En salud la eficiencia se refiere a la producción de servicios de salud, al menor costo social posible. Se plantea además que la eficiencia se cuantifica, mediante la relación por cociente entre los resultados y el valor de los recursos empleados o simplemente como la medida, en que las consecuencias de un proyecto de salud son deseables o no (estén justificados o no) desde el punto de vista económico. Jiménez (2004).

En cuanto a los resultados que forman parte de este cociente (resultados/recursos) que define a la eficiencia, es natural que no exista una manera concreta o única de definirlos. En primer lugar porque la decisión sobre estos resultados, no está solamente en manos de los médicos y otros profesionales vinculados a esta disciplina, ya que la salud es una aspiración de todas las personas. Y en segundo lugar, porque la salud es un concepto con implicancias en el medio ambiente social y natural y le correspondería a la sociedad como un todo, la responsabilidad de definir el resultado que se debe alcanzar.

A partir de estas ideas, nos brindan una definición más precisa: “un sistema de salud es eficiente cuando logra un producto de salud socialmente aceptable, con un uso mínimo de recursos”; y repasa en el carácter relativo de esta definición desde el punto de vista temporal ya que la aceptación social de un determinado resultado variará de acuerdo con características históricas, socioeconómicas y políticas. Gálvez (1999)

En el glosario de términos publicado por la OMS la eficiencia se define como la capacidad para producir la “máxima salida” a partir de determinada “entrada”.(World Health Organization.). La propia OMS, señala que el concepto de “eficiencia del sistema de salud”, es equivalente a lo que llaman “desempeño global”y que éste se define a partir de los resultados alcanzados por un sistema a partir de determinado nivel de recursos.(World Health Organization).

A partir de estos conceptos de eficiencia, está claro que, si a un indicador de resultados cualquiera, se le introduce (de alguna manera) un elemento que considere recursos, se está evaluando entonces también eficiencia.

Por ejemplo, al añadir un elemento temporal a las tasas de mortalidad hospitalarias, se está introduciendo un rasgo relacionado con los recursos, en cierta forma significa: muertes (resultados adversos) para los recursos empleados en un período de tiempo. Algo similar ocurre cuando se calculan otras medidas relativas y no absolutas. No se expresa, por lo regular, el número de muertes en un período sino el número de muertes dividido entre el número de ingresos en un período dado. O sea, muertes por ingresos y por unidad de tiempo. Relacionar el concepto del resultado (la muerte, por ejemplo) al espacio, el tiempo y las personas en riesgo es visto así, una manera de introducir la eficiencia en los indicadores de resultados.

Es obvio que la eficiencia, resulte una condición importante para los sistemas de salud, ya que los recursos son limitados y obtener de ellos el máximo resultado, es la garantía de que puedan mejorarse los servicios. Por tanto, para medir la eficiencia de un sistema o subsistema de salud cualquiera, habrá que tener por lo menos información sobre los recursos empleados y los resultados alcanzados.

En los hospitales, la cama es el recurso central que constituye la base de su estructura y su concepto. Muchas de las medidas globales de la eficiencia hospitalaria se basan en el empleo que se le dé a este recurso.

2.3.3.26. Indicadores que miden el aprovechamiento del recurso cama

En la atención hospitalaria existen indicadores que miden eficiencia directamente. Particularmente los que se utilizan para evaluar la eficiencia de gestión hospitalaria a partir del aprovechamiento que se le da a la cama, el recurso hospitalario básico. Se encuentran aquí los que miden el volumen de los recursos utilizados (como el número de ingresos por año, camas por habitantes, etc.) y los que miden su aprovechamiento (como el promedio de estadía, el índice ocupacional, el intervalo de sustitución y el índice de rotación).(Ríos,1987).

2.3.3.27. La estadía hospitalaria

El promedio de estadía es, quizás, el más importante y utilizado el indicador de eficiencia hospitalaria, probablemente por su claro significado y por su doble condición de indicador de aprovechamiento de la cama y de la agilidad de los servicios prestados en los hospitales.

Suelen considerarse las largas estadías como indicadores de ineficiencia de la gestión hospitalaria pero esta relación “estadía-eficiencia” no resulta tan elocuente si se considera que una estadía baja podría ser alcanzada a partir de altas prematuras, lo que, además de considerarse un problema de calidad, podría generar un gasto mayor de recursos hospitalarios si tales altas se transforman en reingresos.

Thomas y otros realizaron un estudio en 13 situaciones clínicas y observaron que aquellos casos que recibieron servicios de “mala calidad” tuvieron un promedio de estadía significativamente mayor que los casos que recibieron una atención con una calidad “aceptable”.(Thomas, 1997).

El obstáculo más importante para el uso de la estadía como indicador de eficiencia, calidad o ambos es la necesidad de considerar en su evaluación, las características de los pacientes involucrados. La estadía óptima para un paciente depende de las características del propio paciente, a tal punto, que se podría considerar la estadía óptima como una cifra individual para cada paciente. La necesidad de emplear como patrones de comparación estadías ajustadas a las características de los pacientes es obvia. El ajuste de los indicadores se tratará con mayor detalle más adelante. Jiménez, (2004).

Recientemente se ha desarrollado y comercializado en los Estados Unidos el llamado “Índice de Eficiencia Hospitalaria” (Hospital Efficiency Index) que se basa en la estadía y que supuestamente constituye una herramienta para detectar días y hospitalizaciones evitables a partir de comparaciones con las “prácticas más eficientes del país”.(Milliman).

Otros indicadores que miden el aprovechamiento de la cama hospitalaria

El aprovechamiento de la cama se mide a partir del principio de que el número de camas de un hospital debe estar acorde con el volumen y gravedad de los pacientes que debe atender. Como este dato es imposible de saber con exactitud, se utilizan aproximaciones. Se supone que para cierta región geográfica, no debe haber ni más ni menos camas hospitalarias de las necesarias. Lo que implica que:

Toda persona que necesite una hospitalización debe poder acceder a una cama hospitalaria en el momento que la necesite.

Cada paciente hospitalizado, debe permanecer en el hospital el tiempo mínimo requerido para lograr que regrese a un estado tal en el que pueda recibir atención ambulatoria.

El hospital no debe tener nunca camas vacías.

Bajo estos principios se han definido ciertos indicadores del aprovechamiento de las camas y se han ideado normas que deben cumplir estos indicadores en condiciones óptimas de servicio. Jiménez,(2004).

Antes de la presentación de los indicadores es útil definir ciertos conceptos operacionales:

Se conoce como día-cama a la disponibilidad de una cama durante un día. Es decir si en 30 días se han tenido 100 camas a disposición de los pacientes, se dice que se ha contado con 300 días-cama en ese período. El concepto es necesario si se tiene en cuenta que no todas las camas están siempre disponibles. Puede haber camas en reparación por ejemplo, y aunque se contemplan dentro de las camas del hospital, durante el tiempo que se estuvieron reparando no podía contarse con ellas para la hospitalización de un paciente. Jiménez, (2004).

Se conoce como día-paciente a los servicios brindados a un paciente durante un día (24 horas). Si un paciente está 10 días ingresado en un hospital, se dice que éste ha aportado 10 días-paciente; si 10 pacientes están hospitalizados por 10 días entonces se han aportado 100 días-paciente.

Se conoce como promedio de camas disponibles en un período al siguiente cociente: total de días-cama de ese período/total de días del período. Jiménez,(2004).

Los indicadores más conocidos en este ámbito se describen entonces a continuación.

Índice ocupacional: se trata de una medida promedio de la ocupación de la cama. Responde a la pregunta: de todo el tiempo disponible en cierto período ¿cuánto tiempo estuvieron, en promedio, ocupadas todas las

camas? Su cálculo se obtiene del siguiente cociente: (días-paciente)/(días-cama). Jiménez, (2004).

Ambas partes del cociente se refieren a cierto período. Por ejemplo si del 20 de enero al 30 de enero se han tenido 10 días-cama disponibles y también 10 días-paciente, el índice ocupacional de ese período es de 1 (se suele dar este número como el porcentaje de días-cama utilizado por “días-paciente”, en este caso es 100 %). Pero si en ese período se han tenido 10 días-cama pero sólo hubo 8 días-paciente (la cama estuvo vacía 2 días) se dice que el índice ocupacional es de 0,8 o 80 %.

Índice de rotación: Expresa el número promedio de personas que pasan por una cama durante un período dado. Se calcula como el número de egresos dividido entre el promedio de camas disponibles, durante un período. Su interpretación es fácil y da idea de la variabilidad de enfermedades y pacientes que se tratan en cierto servicio. Indica el uso que se le está dando a cada cama y de esta manera expresa eficiencia.

Intervalo de sustitución

Se trata de un índice que expresa de forma resumida el tiempo promedio que transcurre entre la salida y llegada de un paciente a una cama. Si se cumple el principio de que toda persona que necesite hospitalización debe poder acceder a una cama hospitalaria en el momento que le corresponde, este tiempo debe ser pequeño. Sin embargo un índice de sustitución demasiado pequeño, podría ser reflejo de una falta de camas disponibles. Jiménez, (2004).

Este indicador podría calcularse directamente si en cada cambio de paciente se midiera el tiempo transcurrido entre la salida de un paciente y entrada del otro pero normalmente se obtiene de forma aproximada porque la información exacta no siempre está disponible. Se calcula entonces así: (total de días-cama, total de días-paciente)/total de egresos en cierto período.

Los dos primeros índices deberían bastar para tener una idea de si sobran o no camas en un hospital y si se están utilizando bien las que ya existen, pero el intervalo de sustitución, es un indicador más directo del tiempo promedio que permanece vacía una cama. Jiménez,(2004).

Indicadores estandarizados o ajustados

Los indicadores que parten de los resultados, miden el éxito alcanzado en los pacientes y actúan como señal de alerta, para que las estructuras y los procesos de los sistemas de salud vigentes sean mejorados o corregidos.

Sin embargo, al analizar la estructura de los indicadores de resultados se observa que casi todos dependen del tipo de pacientes atendidos. Es decir, que las variaciones que se observan en los valores de estos indicadores, no dependen solamente de la calidad o la eficiencia de la atención que se presta. Las tasas de mortalidad hospitalaria, las tasas de complicaciones, las de reingreso, y el promedio de estadía (que a ciertos efectos también resulta un indicador de resultados) entre otras, poseen escasa utilidad para la comparación entre instituciones o períodos de tiempo si no se controlan variables que reflejen las características de los pacientes sobre cuya información fueron calculados. Este control de variables que permita comparaciones en espacio y tiempo que resulten útiles para atribuir diferencias a problemas de la atención (lo mismo en hospitales que en otras instancias del sistema de salud) se conoce como “ajuste de riesgo” (en inglés, “risk adjustmen”) en una clara alusión a las diferencias entre los pacientes, en cuanto al riesgo de arribar a determinado resultado, que no dependen de la atención recibida. En el libro editado por Lezonni se describen con detalle los distintos métodos y sistemas que han sido utilizados en este contexto. Lezzoni,(1997).

2.3.3.28. Las variables para los ajustes

Con un enfoque epidemiológico estas variables que representan las características de los pacientes podrían calificarse como “confusoras” ya que pueden confundir la relación entre resultados reales y calidad de la gestión.

Teóricamente toda atención sanitaria debería ser individualizada debido a un viejo aforismo de la medicina, “no existen enfermedades sino enfermos” y la diversidad de los pacientes puede tildarse casi de infinita. Sin embargo, en este mare magnum de pacientes, los indicadores más típicos de resultados deben interpretarse a base de puntos de corte o normas que sirvan a los gestores de guías para detectar deficiencias en la calidad y en la eficiencia. La contradicción es evidente. Rodríguez (1999).

2.4. Definición de términos básicos

Calidad: Totalidad de los rasgos y características de un producto o servicio, que se refieren a su capacidad de satisfacer necesidades expresas implícitas. Satisfacción de las necesidades y expectativas razonables de los clientes a un precio igual o inferior al que ellos asignan al producto o servicio en función del "valor" que han recibido o percibido. Se refiere a cumplir sistemáticamente con los requerimientos, para satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros clientes o usuarios. Marcos y Aldana (2007).

Calidad de servicio: en general se puede decir que la calidad abarca todas las cualidades con las que cuenta un producto o un servicio para ser de utilidad a quien sirve de él, Esto es, un producto o servicio es de calidad cuando sus características, tangibles e intangibles, satisfacen las necesidades de los usuarios. Marcos y Aldana (2007).

Satisfacción del Cliente: Se consigue la satisfacción del cliente cuando los productos y servicios cumplen o exceden las expectativas de los clientes. El enfoque a los clientes no es simplemente un problema de calidad sino buena práctica de los negocios, que se traduce directamente en mayores utilidades.

Los clientes leales gastan más, recomienda otros compradores, y es menos costoso hacer negocio con ellos. Evans (1994)

Planificar: La constancia en el propósito, requiere aplicar la mejora de la calidad a situaciones y problemas actuales. Significa aplicar métodos de mejora de calidad inmediatamente. Se requiere planificación para atacar situaciones que surgen durante el tiempo y entrenamiento continuo. Rosanders (1994).

Hacer; En esta fase el equipo asignado para el proyecto se debe enfocar en el análisis de las causas que provocaron la aparición del problema y la búsqueda de alternativa de solución, para después poder proporcionar la que considere más apropiada para resolverlo. Durante este proceso, se recomienda que se utilice la toma de decisiones por consenso y se sigan las reglas para el trabajo en equipos. Cantu (2006)

Verificar: Las mismas técnicas que fueron utilizadas durante la fase de planeación para evaluar y detectar áreas de oportunidad para el mejoramiento pueden ser utilizadas en esta fase. Los histogramas, las gráficas de control o las gráficas de tendencia en el tiempo deben mostrar en forma cuantitativa el grado de mejoramiento alcanzado con la implantación de las acciones aprobadas en la fase de hacer. Cantu (2006)

Actuar: Esta fase consiste en incorporar al siguiente ciclo de planeación los ajustes necesarios que se haya evidenciado en la fase de verificación. La mejora continua consiste precisamente en resolver un problema tras otro sin interrupción. Cantu (2006)

Aceptabilidad: Aspecto relacionado con la satisfacción de los usuarios (y que depende de aspectos culturales), respecto de la valoración que estos realizan acerca del costo, la calidad, la seguridad, la actitud del proveedor, los resultados, la conveniencia u otros aspectos relevantes relacionados con una prestación sanitaria determinada. Vargas y Aldana (2007)

Competitividad: capacidad de la empresa para suministrar productos o prestar servicios con la calidad deseada y exigida por sus clientes al costo más bajo posible. También se define como la capacidad de la empresa para añadir valor al cliente al menor costo. Vargas y Aldana (2007)

CAPITULO 3: METODOLOGIA

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis General

La calidad del servicio tiene una relación directa y significativa con la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.

3.1.2. Hipótesis Específicas

- a) Existe una relación directa y significativa entre la fiabilidad y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.

- b) Existe una relación directa y significativa entre la capacidad de respuesta y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.
- c) Existe una relación directa y significativa entre la seguridad y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.
- d) Existe una relación directa y significativa entre la empatía y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.
- e) Existe una relación directa y significativa entre los elementos tangibles y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.

3.2. Variables

La Variable independiente es la calidad de servicio y Variable dependiente, es la satisfacción del usuario del Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.

3.2.1. Definición conceptual

Calidad del servicio

La calidad de servicio es la comparación entre lo que el cliente espera recibir, es decir sus expectativas, y lo que realmente recibe o él percibe que recibe, desempeño o percepción del resultado del servicio. (Barroso ,2000: 15).

Parasuraman, Zeithaml y Berry(1988) plantearon cinco elementos determinantes de la calidad de servicio:

Tangibilidad: Apariencia de las instalaciones físicas, equipos , personal y **materiales de comunicación.**

Fiabilidad: Habilidad para prestar el servicio prometido de forma cuidadosa y fiable.

Capacidad de respuesta: Disposición y voluntad de los empleados para ayudar a los clientes y ofrecerles un servicio rápido.

Seguridad: Conocimientos y atención mostrados por el personal de contacto y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza al cliente.

Empatía: Atención individualizada que el proveedor del servicio ofrece a los clientes.

Satisfacción del usuario

La satisfacción es una respuesta de los consumidores que viene dada por un estándar inicial en cuanto a expectativas y por la discrepancia entre esas expectativas y el rendimiento percibido del producto consumido o servicio recibido. Oliver (1980: 48).

3.2.2. Definición operacional

Calidad del servicio

Se medirá con el puntaje del cuestionario de calidad del servicio.

Satisfacción del usuario

Se medirá con el puntaje del cuestionario de satisfacción del usuario.

3.3. Metodología

3.3.1. Tipo de estudio

El tipo de investigación es **Básica, Pura o Teórica**, porque se fundamenta en un argumento teórico y su intención fundamental consiste en desarrollar una teoría, extender, corregir o verificar el conocimiento mediante el descubrimiento de amplias divulgaciones o principios.

La **investigación es Básica, Pura o Teórica**, cuando permite generar conocimiento. Las características o rasgos de la **investigación Básica, Pura o Teórica**, son: Investiga la relación entre variables o constructos, Diagnostica alguna realidad empresarial o de mercado, Prueba y adapta teorías, Genera nuevas formas de entender los fenómenos empresariales, Construye o adapta instrumentos de medición. Vara (2012).

Ilustra que la **investigación es Básica, Pura o Teórica**, se realiza para obtener nuevos conocimientos y nuevos campos de investigación sin un fin práctico específico e inmediato. Tiene como fin crear un cuerpo de conocimiento teórico, sin preocuparse de su aplicación práctica. Se orienta a conocer y persigue la resolución de problemas amplios y de validez general. Landeau (2007).

La presente tesis , según su naturaleza es una **investigación cuantitativa**, porque se centró fundamentalmente en los aspectos observables y susceptibles de cuantificación de los fenómenos referidos a las variables de calidad del servicio y satisfacción del usuario, utilizó la metodología empírico analítico y se sirvió de pruebas estadísticas para el análisis de datos y contrastación de las hipótesis, refiere que “el enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías”. Hernández (2010)

3.3.2. Diseño

Esta investigación usó el **diseño Descriptivo, No experimental, Transeccional y Correlacional**.

Sostiene que **la investigación descriptiva** busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población. Hernández (2010).

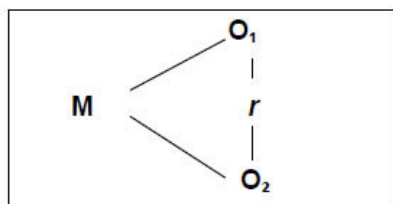
Es una investigación No experimental, porque el estudio se realizó sin la manipulación deliberada de las variables y en los que solo se observó los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Hernández (2010).

Es una investigación transeccional o transversal, porque se recolectó datos en el centro de salud “Miguel Grau” de Chaclacayo, en un solo momento, en un tiempo único, en el año 2014. Su propósito fue describir las variables clima organizacional y la satisfacción laboral y analizó su incidencia e interrelación en un momento dado.

Es una investigación correlacional, porque examina la relación o asociación existente entre la variable clima organizacional y la satisfacción laboral, en el centro de salud “Miguel Grau” de Chaclacayo.

Hernández et. al., (2010), aseveran que estos diseños describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado. A veces, únicamente en términos correlacionales, otras en función de la relación causa efecto (causales).

Esquema de una Investigación correlacional según. Hernández (2010).



Donde:

M = Muestra.

O1 (Variable independiente)= Calidad del servicio

O2 (Variable dependiente)= Satisfacción del usuario

r = Relación de las variables de estudio.

En síntesis esta tesis aplicó el diseño basado en la **investigación No experimental** se realizó sin manipular la variables, tal y conforme se obtuvieron los datos de las encuestas; **Investigación descriptivo correlacional**, porque se describió las relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables, en términos correlacionales y en función de causa-efecto; y la **Investigación transeccional** porque se aplicó en un momento determinado, es decir en el año 2013.

3.4. Población y muestra

La población de clientes, externos atendidos en el Centro de Salud “Miguel Grau” de Chacabacayo en el año 2012 fue de 19417 personas

Para hallar el tamaño de muestra se aplicó la fórmula siguiente:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N-1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

En donde:

N: 19417 → Total de atendidos durante el año 2012.

p: 0,70→ correspondientes a la probabilidad de pacientes satisfechos.

q: 0,30→ correspondientes a la probabilidad de pacientes insatisfechos.

E: 0,05→ intervalo bajo los que se considera q (+-5%)

Z: 1,96→ para un nivel de confianza del 95%

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,70 \times 0,30 \times 19417}{(19417-1) \times (0,05)^2 + (1,96)^2 \times 0,70 \times 0,30}$$

$$n = 317$$

La muestra es de 317 de usuarios externos del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo.

3.5. Método de investigación

Se especifican como van a ser tratados los datos. Esta tarea puede hacerse mediante tablas de frecuencia y gráficos con sus correspondientes análisis e interpretaciones.

Tablas de frecuencia: La información presentada se desagregó en frecuencias absolutas y porcentuales.

Gráficos: Permitted en forma simple y rápida observar las características de los datos o las variables. Para ello se usó los diagramas de barras con porcentajes.

El alfa de Cronbach se usó para estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica.

La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala, debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de esta tesis que se aplicó fue la Encuesta.

El instrumento para recopilar los datos de la variable independiente de calidad del servicio denominado **SERVQUAL(Quality Service)**, de los autores Zeithaml, Parasuraman y Berry, el cual consta de 22 ítems, y para medir la satisfacción del usuario se usó el **Cuestionario de satisfacción del usuario de consultas externas(SUCE)**, de los autores Susana Granado de la Orden, Cristina Rodríguez Rieiro, María del Carmen Olmedo Lucerón, Ana Chacón García, Dolores Vigil Escribano y Paz Rodríguez Pérez, el cual consta de 12 ítems.

Ficha técnica del instrumento SERVQUAL

Nombre del instrumento: SERVQUAL

Autores: Zeithaml, Parasuraman y Berry

Procedencia: Estados Unidos

Año: 1985

Estructura. Está conformada por 22 ítems. Las dimensiones que mide el cuestionario SERQVAL son: Fiabilidad, Capacidad de respuesta, Seguridad Empatía e Intangibles

Administración: La escala es aplicada en forma individual o colectiva y el tiempo de aplicación es aproximadamente de 30 minutos.

Calificación y Puntuación: La calificación es manual y la puntuación oscila entre 248 (Puntuación Mayor) y 62 (Puntuación Menor). A mayor puntuación, mayor será la presencia de los componentes de la calidad de servicio, percibido por los usuarios.

La gradiente es la siguiente:

4 = Totalmente de acuerdo

3 = De acuerdo

2 = Indiferente

1 = En desacuerdo

0 = Totalmente en desacuerdo

Niveles de interpretación: Muy baja, baja, aceptable, alta y muy alta.

Confiabilidad:

Ficha técnica del instrumento Cuestionario de satisfacción del usuario de consultas externas(SUCE)

Nombre del instrumento: Cuestionario de satisfacción del usuario de consultas externas(SUCE)

Autores: Susana Granado de la Orden, Cristina Rodríguez Rieiro, María del Carmen Olmedo Lucerón, Ana Chacón García, Dolores Vigil Escribano y Paz Rodríguez Pérez.

Procedencia: España

Año: 2006

Estructura. Está conformada por 12 ítems. Las dimensiones que mide el cuestionario de satisfacción del usuario de consultas externas(SUCE)

son: calidad administrativa y calidad médica.

Administración: La escala es aplicada en forma individual o colectiva y el tiempo de aplicación es aproximadamente de 30 minutos.

Calificación y Puntuación: La calificación es manual y la puntuación oscila entre 60 (Puntuación Mayor) y 12 (Puntuación Menor). A mayor puntuación, mayor será la presencia de los componentes de la satisfacción de usuarios.

La gradiente es la siguiente:

4 = Totalmente de acuerdo

3 = De acuerdo

2 = Indiferente

1 = En desacuerdo

0 = Totalmente en desacuerdo

Confiabilidad:

Los autores de este instrumento analizaron el comportamiento métrico del cuestionario, respecto a la validez de constructo identificándose 2 factores "calidad clínica" y "calidad administrativa" que explican el 63% de la varianza, validez de criterio concurrente (coeficiente de correlación de Spearman de 0,85 respecto al criterio de referencia "satisfacción global con la atención recibida en consultas externas", OR 1,19 respecto al criterio de referencia "conoce el nombre del médico que le atiende en la consulta"), capacidad predictiva del cuestionario medida mediante análisis discriminante obteniéndose un 84% de los casos clasificados correctamente y consistencia interna (Alfa de Cronbach 0,90).

3.7. Métodos de Análisis de datos

Se usó el índice de la correlación de Spearman para determinar si existe una relación lineal entre dos variables a nivel ordinal y que esta relación no sea debida al azar; es decir, que la relación sea estadísticamente significativa. Si una de las variables es intervalar y la otra ordinal también se utiliza Spearman.

Las conclusiones se formulan teniendo en cuenta los objetivos planteados y los resultados obtenidos.

Los programas informáticos que se usaron son Excel y SPSS, el análisis descriptivo se basó en las tablas y gráficos estadísticos y para el análisis estadístico se utilizó el Coeficiente de correlación de rho de Spearman.

Se especifican como van a ser tratados los datos. Esta tarea puede hacerse mediante tablas de frecuencia y gráficos con sus correspondientes análisis e interpretaciones.

Tablas de frecuencia: La información presentada se desagregó en frecuencias absolutas y porcentuales.

Gráficos: Permite en forma simple y rápida observar las características de los datos o las variables. Para ello se usó los diagramas de barras con porcentajes.

El alfa de Cronbach se usó para estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica.

La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para

garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación.

CAPITULO 4 : RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Presentación de resultados

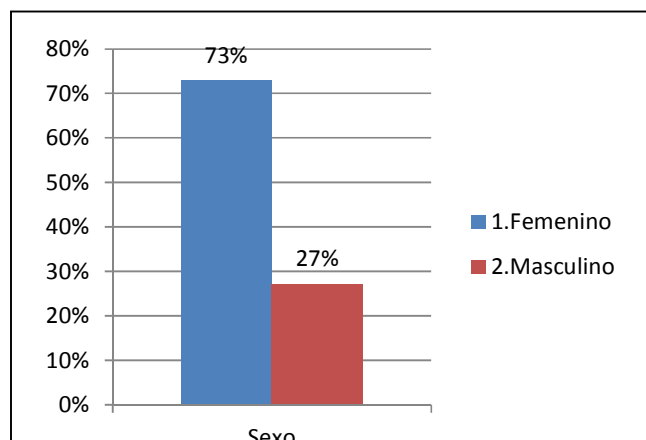


Figura 8. Sexo de los encuestados del Centro de Salud “Miguel Grau”

El 73% (231 personas) que asiste al centro de salud “Miguel Grau” son mujeres y el 27% (86 personas) son hombres.

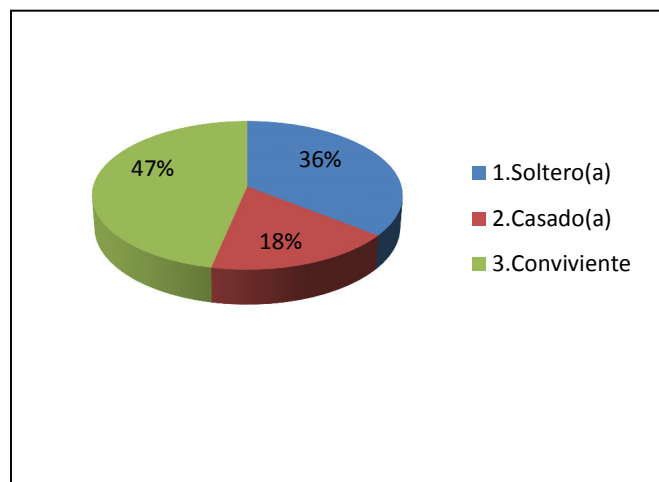


Figura 9. Estado civil de los encuestados del Centro de Salud “Miguel Grau”

El 47% (148 personas) que asiste al centro de salud “Miguel Grau” son del estado civil conviviente, el 36% (113 personas) son solteros(as) y son casados el 18% (56 personas) del total de encuestados.

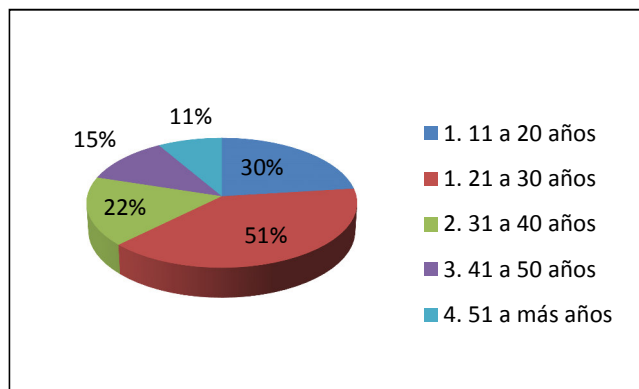
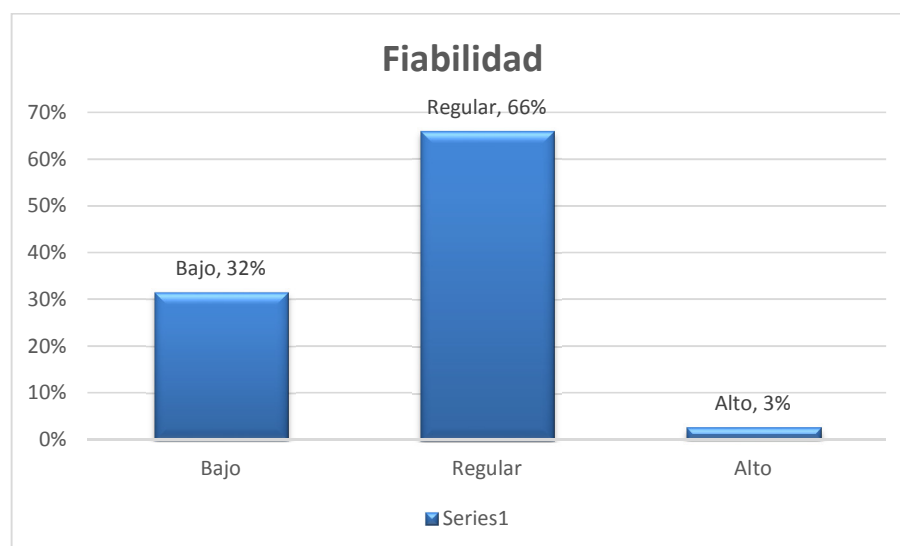


Figura 10. Edad de los encuestados del Centro de Salud “Miguel Grau”

El 51% (163 personas) de usuarios del Centro de salud “Miguel Grau” de Chaclacayo, están comprendidos entre 21 a 30 años, el 30% son del rango de edad desde 11 a 20 años (95 personas), el 22% pertenecen a las edades de 31 a 40 años (71 personas), el 15% de los encuestados (48 personas) son de 41 a 50 años y el 11% (35 personas) tienen entre 51 a más años.

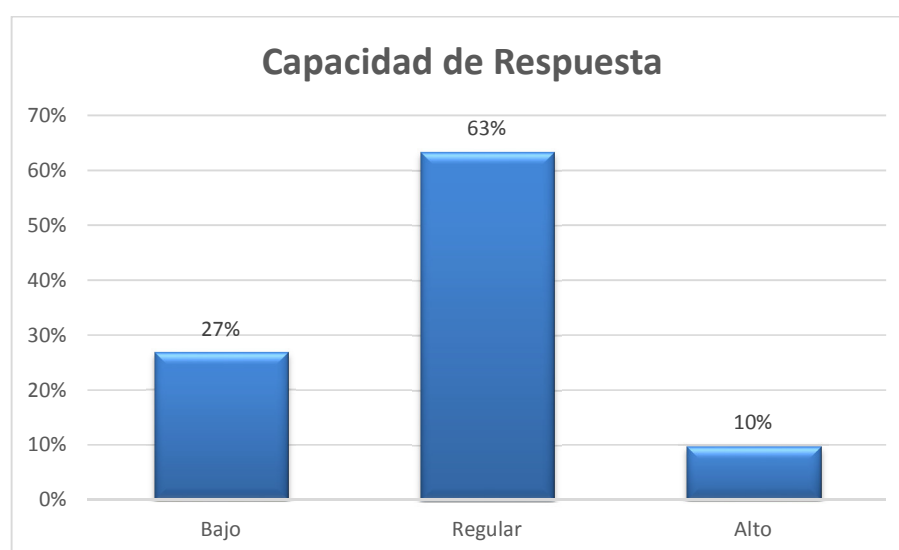
Resultados según indicadores agrupados en las dimensiones de la calidad de servicio



El 66% de encuestados indican que la Fiabilidad es Regular y el 3% señalan que es de nivel alto.

Fiabilidad

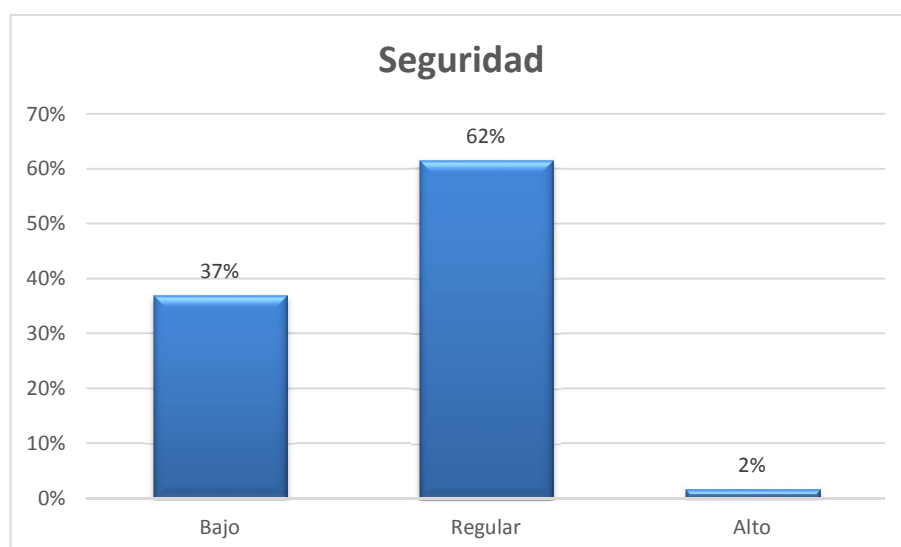
	n	%
Bajo	100	32%
Regular	209	66%
Alto	8	3%
Total	317	100%



El 63% de encuestados indican que la capacidad de respuesta es Regular y el 10 % señalan que es de nivel alto.

Capacidad de respuesta

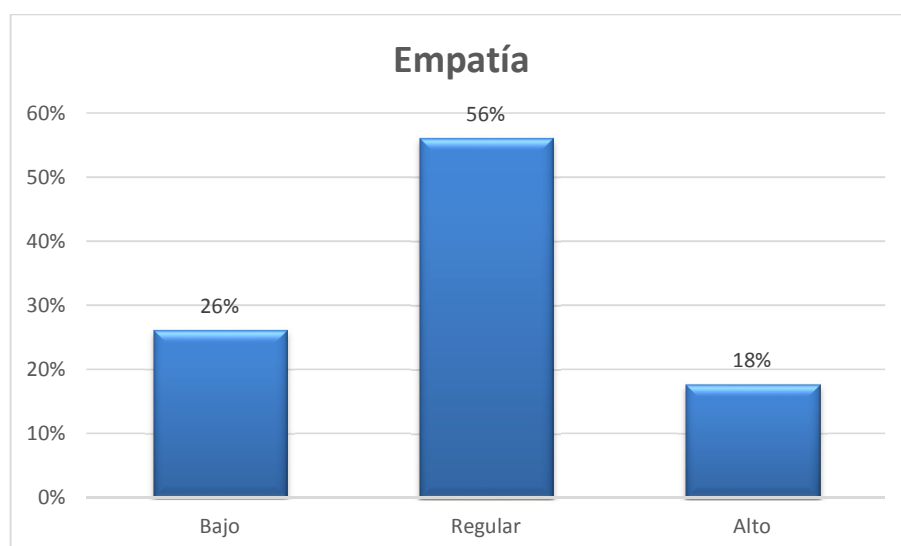
	n	%
Bajo	85	27%
Regular	201	63%
Alto	31	10%
Total	317	100%



El 62% de encuestados consideran que la seguridad es de nivel Regular y el 2% aseveran que es de nivel Alto.

Seguridad

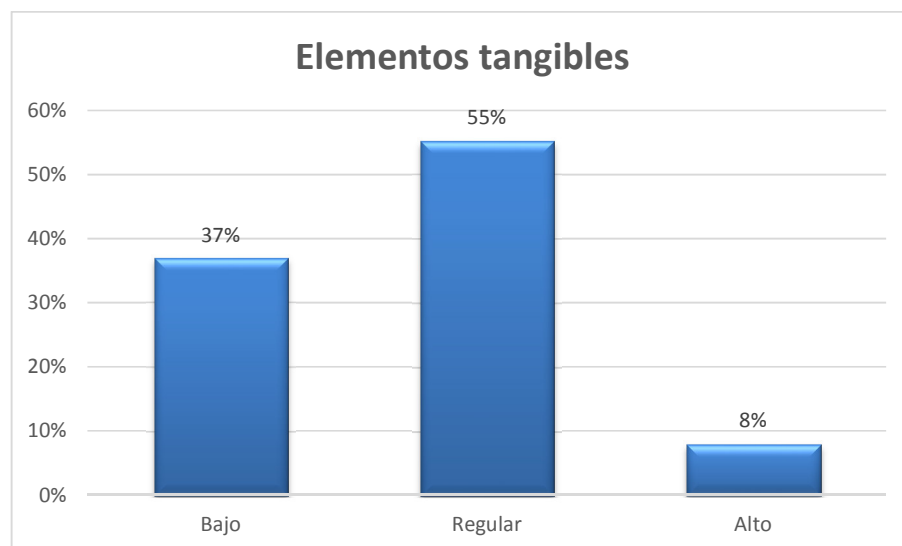
	n	%
Bajo	117	37%
Regular	195	62%
Alto	5	2%
Total	317	100%



El 56% de encuestados consideran que la empatía es de nivel Regular y el 18% aseveran que es de nivel Alto.

Empatía

	n	%
Bajo	83	26%
Regular	178	56%
Alto	56	18%
Total	317	100%



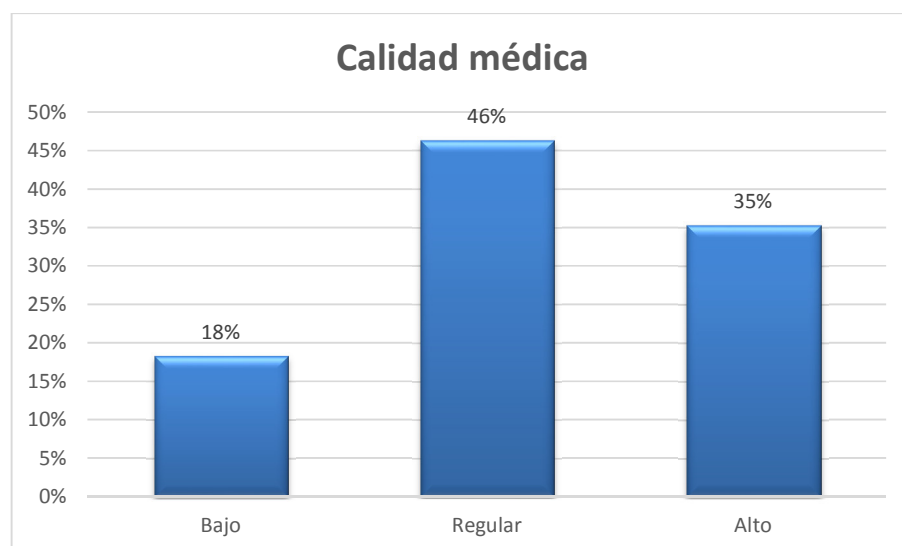
El 55% de encuestados consideran que los elementos tangibles son de nivel Regular y el 8% aseveran que es de nivel Alto.

Elementos tangibles

	n	%
Bajo	117	37%
Regular	175	55%
Alto	25	8%
Total	317	100%

Resultados descriptivos de los indicadores agrupados en las dimensiones de la satisfacción del usuario

Calidad médica



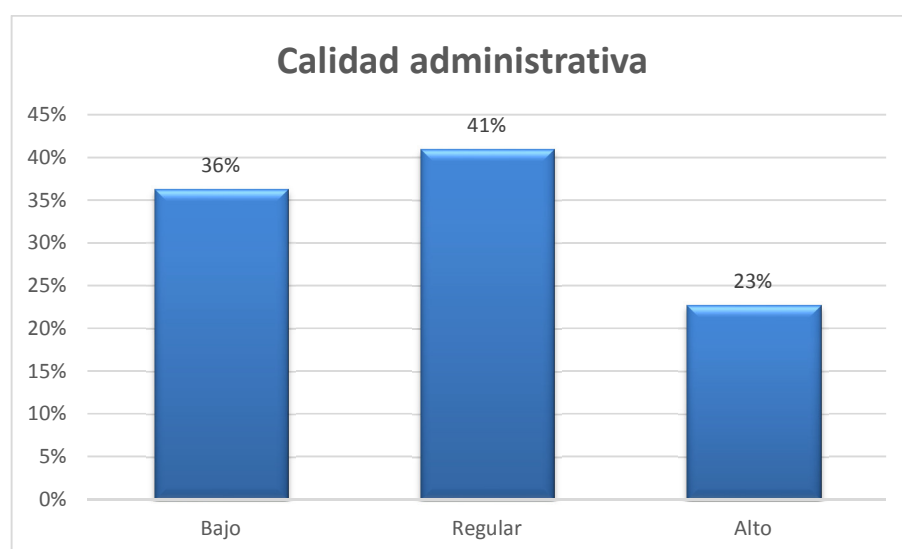
El 46% de encuestados consideran que la calidad médica es de nivel Regular y el 35% aseveran que es de nivel Alto.

Calidad médica

	n	%
Bajo	58	18%
Regular	147	46%
Alto	112	35%

Total	317	100%
-------	-----	------

Calidad administrativa



El 55% de encuestados consideran que la calidad administrativa es de nivel Regular y el 23 % aseveran que es de nivel Alto.

Calidad administrativa

	n	%
Bajo	115	36%
Regular	130	41%
Alto	72	23%
Total	317	100%

En síntesis la calidad de servicio es Regular y la satisfacción del usuario externo es Regular según los encuestados que asisten al Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo.

4.2. Pruebas de hipótesis

Cuadro 3. Correlaciones de la Calidad del Servicio y Satisfacción del Usuario del Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo

Correlaciones			Calidad	Satisfacción
Rho de Spearman	Calidad	Coeficiente de correlación	1.000	.609(**)
		Sig. (bilateral)	.	.000
	Satisfacción	N	317	317
		Coeficiente de correlación	.609(**)	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	317	317

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

1) Planteamiento de las hipótesis

H1: Existe una relación directa y significativa entre la calidad del servicio y la satisfacción del usuario de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo, 2013.

H0: No Existe relación directa y significativa entre la calidad del servicio y la satisfacción del usuario de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo, 2013.

2) Selección del nivel de significancia

Se trabajó con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$

La hipótesis alterna es de dos colas

3) Determinación del estadígrafo de prueba

Se aplicó el coeficiente de correlación rho de Spearman para identificar la correlación entre las dos variables cuantitativas.

4) Formulación de la regla de decisión

Si $p < \alpha$ ----> Rechazar H0

5) Decisión:

Como $p = 0,000 < \alpha = 0,05$ Rechazar H0

Por tanto, Existe una relación directa y significativa entre la calidad del servicio y la satisfacción del usuario de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo , 2013.

Cuadro 4. Correlaciones de la Fiabilidad y Satisfacción del Usuario del Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo

Correlaciones

			Fiabilidad	Satisfacción
Rho de Spearman	Fiabilidad	Coefficiente de correlación	1.000	.588(**)
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	317	317

Satisfacción	Coefficiente de correlación	.588(**)	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.
	N	317	317

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

1) Planteamiento de las hipótesis

H1: Existe una relación directa y significativa entre fiabilidad y la satisfacción del usuario de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo , 2013.

H0: No Existe relación directa y significativa entre fiabilidad y la satisfacción del usuario de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo , 2013.

2) Selección del nivel de significancia

Se trabajó con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$

La hipótesis alterna es de dos colas

3) Determinación del estadígrafo de prueba

Se aplicó el coeficiente de correlación rho de Spearman para identificar la correlación entre las dos variables cuantitativas.

4) Formulación de la regla de decisión

Si $p < \alpha$ ----> Rechazar H0

5) Decisión:

Como $p = 0,000 < \alpha = 0,05$ Rechazar H_0

Por tanto, Existe una relación directa y significativa entre fiabilidad y la satisfacción del usuario de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo , 2013.

Cuadro 5. Correlaciones de la Capacidad de Respuesta y Satisfacción del Usuario del Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo

Correlaciones			Capacidad	Satisfacción
Rho de Spearman	Capacidad	Coefficiente de correlación	1.000	.545(**)
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	317	317
	Satisfacción	Coefficiente de correlación	.545(**)	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	317	317

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

1) Planteamiento de las hipótesis

H1: Existe una relación directa y significativa entre capacidad de respuesta y la satisfacción del usuario de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo , 2013.

H0: No Existe relación directa y significativa entre capacidad de respuesta y la satisfacción del usuario de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo , 2013.

2) Selección del nivel de significancia

Se trabajó con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$

La hipótesis alterna es de dos colas

3) Determinación del estadígrafo de prueba

Se aplicó el coeficiente de correlación rho de Spearman para identificar la correlación entre las dos variables cuantitativas .

4) Formulación de la regla de decisión

Si $p < \alpha$ ----> Rechazar H0

5) Decisión:

Como $p = 0,000 < \alpha = 0,05$ Rechazar H0

Por tanto, Existe una relación directa y significativa entre capacidad de respuesta y la satisfacción del usuario de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo , 2013.

Cuadro 6. Correlaciones de la Seguridad y Satisfacción del Usuario del Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo

Correlaciones			Seguridad	Satisfacción
Rho de Spearman	Seguridad	Coefficiente de correlación	1.000	.474(**)
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	317	317
	Satisfacción	Coefficiente de correlación	.474(**)	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	317	317

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

1) Planteamiento de las hipótesis

H1: Existe una relación directa y significativa entre seguridad y la satisfacción del usuario de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo , 2013.

H0: No Existe relación directa y significativa entre seguridad y la satisfacción del usuario de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo , 2013.

2) Selección del nivel de significancia

Se trabajó con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$

La hipótesis alterna es de dos colas

3) Determinación del estadígrafo de prueba

Se aplicó el coeficiente de correlación rho de Spearman para identificar la correlación entre las dos variables cuantitativas .

4) Formulación de la regla de decisión

Si $p < \alpha$ ----> Rechazar H0

5) Decisión:

Como $p = 0,000 < \alpha = 0,05$ Rechazar H0

Por tanto , Existe una relación directa y significativa entre seguridad y la satisfacción del usuario de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo , 2013.

Cuadro 7. Correlaciones de la Empatía y Satisfacción del Usuario del Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo

Correlaciones			Empatía	Satisfacción
Rho de Spearman	Empatía	Coeficiente de correlación	1.000	.602(**)
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	317	317

Satisfacción	Coeficiente de correlación	.602(**)	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.
	N	317	317

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

1) Planteamiento de las hipótesis

H1: Existe una relación directa y significativa entre la empatía y la satisfacción del usuario de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo, 2013.

H0: No Existe una relación directa y significativa entre la empatía y la satisfacción del usuario de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo, 2013.

2) Selección del nivel de significancia

Se trabajó con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$

La hipótesis alterna es de dos colas

3) Determinación del estadígrafo de prueba

Se aplicó el coeficiente de correlación rho de Spearman para identificar la correlación entre las dos variables cuantitativas.

4) Formulación de la regla de decisión

Si $p < \alpha$ ----> Rechazar H0

5) Decisión:

Como $p = 0,000 < \alpha = 0,05$ Rechazar H0

Por tanto, Existe una relación directa y significativa entre la empatía y la satisfacción del usuario de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo, 2013.

Cuadro 8. Correlaciones de los elementos tangibles y Satisfacción del Usuario del Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo

Correlaciones

			Tangibles	Satisfacción
Rho de Spearman	Tangibles	Coefficiente de correlación	1.000	.606(**)
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	317	317
	Satisfacción	Coefficiente de correlación	.606(**)	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	317	317

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

1) Planteamiento de las hipótesis

H1: Existe una relación directa y significativa entre los elementos tangibles y la satisfacción del usuario de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo , 2013.

H0: No Existe una relación directa y significativa entre los elementos tangibles y la satisfacción del usuario de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo , 2013.

2) Selección del nivel de significancia

Se trabajó con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$

La hipótesis alterna es de dos colas

3) Determinación del estadígrafo de prueba

Se aplicó el coeficiente de correlación rho de Spearman para identificar la correlación entre las dos variables cuantitativas.

4) Formulación de la regla de decisión

Si $p < \alpha$ ----> Rechazar H0

5) Decisión:

Como $p = 0,000 < \alpha = 0,05$ Rechazar H0

Por tanto, Existe una relación directa y significativa entre los elementos tangibles y la satisfacción del usuario de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo, 2013.

4.2. Análisis, interpretación y discusión de resultados

Haciendo el análisis para demostrar la hipótesis enunciada: la calidad del servicio tienen una relación directa y significativa con la satisfacción del usuario del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo en el año 2013.

Se ha obtenido un rho Spearman 0.609 y al analizar las hipótesis específicas se determinó que en general el rho Spearman es mayor a 0.50, lo que permite interpretar que una mayor calidad del servicio hay una mayor satisfacción del usuario.

La fiabilidad tiene una correlación positiva moderada de 0.588 con respecto a la satisfacción del usuario, lo que hace verificar que la fiabilidad está incrementándose y la satisfacción del usuario también está aumentando.

La capacidad de respuesta tiene una correlación positiva moderada de 0.545 con respecto a la satisfacción del usuario, lo que permite interpretar que a una mayor capacidad de respuesta habrá una mayor satisfacción del usuario.

La seguridad tiene una correlación positiva moderada de 0.474 con respecto a la satisfacción del usuario, lo que hace verificar que la seguridad se está incrementando y la satisfacción del usuario también está aumentando.

La empatía tiene una correlación positiva moderada de 0.602 con respecto a la satisfacción del usuario, lo que hace verificar que la empatía se está incrementando en la medida que la satisfacción del usuario también está aumentando.

Los elementos tangibles tiene una correlación positiva moderada de 0.606 con respecto a la satisfacción del usuario, lo que permite interpretar que a una mayor cantidad de elementos tangibles habrá una mayor satisfacción del usuario.

Esta investigación halló como Regular la calidad del servicio en sus factores: fiabilidad, seguridad, empatía y aspectos tangibles, respectivamente sus mayores porcentajes están en el Nivel Regular 66%, 62%, 56%, 55%, lo que equivale a que se contradice con Huerta (2015), en donde la mayoría de los

usuarios estuvieron satisfechos con la atención. Las dimensiones de fiabilidad, seguridad, empatía y aspectos tangibles de la (94.3%, 89.6%, 89.6 % y 84.5%; respectivamente); y capacidad de respuesta resultó con la mayor cantidad de usuarios insatisfechos, muy insatisfechos y extremadamente muy insatisfechos (23.4%) y con la presente tesis de Redhead (2013), en la capacidad de respuesta se obtuvo 63% Regular.

Hay una aproximación con los resultados de García (2013), de los niveles de satisfacción según las dimensiones consideradas en ésta evaluación se obtuvo mayor satisfacción en las dimensiones de empatía y seguridad; ya que de todos los encuestados el 52% indicó estar satisfecho con los aspectos encerrados en la dimensión de empatía (preguntas 14-18) y el 51.8% en la dimensión de seguridad (preguntas 10-13) a diferencia de las otras dimensiones que muestran un grado mayor de insatisfacción como en la dimensión de fiabilidad 58.5%, capacidad de respuesta 60.5% y aspectos tangibles 59.6%. La aproximación con la presente investigación realizada en el Centro de Salud Miguel Grau de Chacabayo, el nivel de calidad de servicio y satisfacción del usuario, es Regular.

Niño y otros (2012), hallaron una insatisfacción baja lo que equivale a una insatisfacción global de 89,80% e insatisfacción en la dimensión confiabilidad 88%; las dimensiones tangibles (81,50%), seguridad (47,66%), respuesta rápida (84,30%) y empatía (80,50%). Se concluyó en la presente investigación que sí existe insatisfacción en cuanto a la calidad de servicio de consulta externa, según la percepción de las personas. A diferencia de esta investigación realizada en el Centro de Salud Miguel Grau de Chacabayo, no hay una insatisfacción, lo que se refiere que hay una satisfacción global Regular de 60.4%, la fiabilidad es nivel regular 66%, capacidad de respuesta 63%, Seguridad 62%, empatía 56%, elementos tangibles en 55%, calidad médica Regular 46% y calidad administrativa Regular 41%.

León (2012) afirma que 76% manifestó una alta satisfacción. La dimensión relaciones interpersonales registro 81% satisfechos, 19% muy satisfechos; la dimensión capacidad técnica registró 76% de satisfecho 20% muy satisfechos, 4% ni insatisfechos/ ni satisfechos y la dimensión entorno, registró 45% satisfechos, muy satisfechos 10%, muy satisfechos y 45% ni insatisfechos/ ni satisfechos., se contradice con esta tesis porque la satisfacción es 60.4% de nivel Regular.

Rodríguez (2012) Los niveles de percepción de la calidad total de los usuarios externos de la Clínica Odontológica de San Marcos fueron regular en un 71,4%.; 27,1% como buena y un porcentaje muy pequeño como mala (1,4%),

Son aproximadamente similares a Redhead (2013) que halló el nivel de calidad de servicio Regular en un 60.4% Regular, 31.8% como bajo y 7.8% como nivel Alto.

Ríos (2012) A pesar de que las personas tienen una percepción favorable del Hospital, el tiempo de espera es uno de los principales factores y el principal problema presente, en el programa de planificación familiar del Hospital nacional Arzobispo Loayza, el cambio en el manejo de las historias por otro servicio sería un tema de análisis para posteriores trabajos. Son similares con Redhead (2013) porque constituyen Regular con Alto, la calidad equivale a un 68.2%, es favorable y el 31.8% es bajo. La capacidad de respuesta representa un 63% lo que se contradice con la tesis de Ríos (2012).

La presente investigación obtuvo una correlación directa y se contradice con Santana, et al. (2014), en donde los pacientes se mostraron satisfechos con la atención recibida en los dominios evaluados: técnico-profesional, la confianza y la educación. Esto puede estar justificada por la débil correlación

que se observó entre estas variables. Hubo una calidad de servicio baja, y el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería recibida fue alta, es decir hubo una correlación inversa.

CONCLUSIONES

- La calidad de servicio es Regular y la satisfacción del usuario externo es Regular según los encuestados que asisten al Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo.
- Existe una correlación directa y significativa entre las variables calidad del servicio y satisfacción de los usuarios al Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo.
- Existe una correlación directa y significativa entre la fiabilidad y satisfacción de los usuarios al Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo.

- Existe una correlación directa y significativa entre la capacidad de respuesta y satisfacción de los usuarios al Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo.
- Existe una correlación directa y significativa entre la seguridad y satisfacción de los usuarios al Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo.
- Existe una correlación directa y significativa entre los elementos tangibles y satisfacción de los usuarios al Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo.
- Existe una correlación directa y significativa entre la empatía y satisfacción de los usuarios al Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo.

RECOMENDACIONES

- Realizar una investigación en forma semestral de la calidad de servicio utilizando el Cuestionario de Calidad del Servicio(SERVQUAL) y de la satisfacción del usuario usando Cuestionario de satisfacción del usuario de consultas externas(SUCE) en el Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo de manera de incrementar los niveles de calidad y satisfacción del usuario.
- Instalar un mayor número de asientos para la espera de sus consultas.

- Realizar alianzas estratégicas con todas las instituciones de Chaclacayo para fomentar la salud materno infantil del distrito y aumentar las medidas de previsión de enfermedades y accidentes.
- Instruir en trato amable a los pacientes para el personal administrativo de admisión y de Archivos para que las historias clínicas lleguen con prontitud y no ocasione demoras en los usuarios.
- Coordinar con seguridad privada y seguridad de la policía del Perú, así como capacitar en defensa personal a los miembros de seguridad interna del centro de salud, para proteger la integridad física de los pacientes, médicos y personal administrativo del Centro de Salud en estudio.
- Crear folletos de bienvenida y guía de usuario de los servicios que brinda el Centro de Salud “Miguel Grau”, así como enseñándole sugerencias de salud para la prevención de enfermedades para los pobladores de Chaclacayo.
- Hacer un análisis detallado de las oportunidades, amenazas, fortalezas, debilidades del Centro de Salud, así como un análisis interno de su infraestructura y de sus sistemas en los que trabaja, así como el análisis externo: económico, político, social, tecnológico, laboral de la zona de Chaclacayo y pueda plantear alternativas estratégicas que encamine al eficaz funcionamiento interno y una adecuada relación con el entorno del distrito de Chaclacayo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Biscaia, J. L. (2000). Qualidade em Saúde: uma perspectiva conceptual. *Qualidade em Saúde*. Nº 0, p.6-10.

Vero, J.(1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.

Diz , L.(2010). Medición de la calidad de atención en los servicios de rehabilitación.(Servicio de Rehabilitación del Hospital Francisco Antonio Rísquez).Recuperado de

<http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAS0306.pdf>

Donabedian, A. (1990). *Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica*. 1a ed. México.

Ferreira, P.L. (2001). Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa. p. 53-61.

Palmer H. (1983). *Ambulatory Health Care Evaluation. Principles and Practice*. Am Hosp Publish.

Juran JM. Juran (1990)El liderazgo para la calidad. Manual para directivos. Barcelona. : Díaz de Santos.

Regional Office for Europe. (1985).The Principles of uality Assurance. Report of an Advisory Committee. WHO, Copenhagen.

Suñol R. (1997). El papel de la calidad de la asistencia en una política de contención de costes. En: *Ética y Costes en Medicina Intensiva*. Barcelona. : A. Net , ed. Springer-Verlag.

Donabedian A. (1993).Clinical Performance and Quality Health Care.; 1: 14-17.

Huerta, E.(2015).Nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en el tópico de medicina del servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Enero del 2015. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4033/1/Huerta_me.pdf

Saturno PJ. (2001).Acreditación de instituciones sanitarias. Modelos, enfoques y utilidad. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 7: Programas externos. Unidad temática 38. España: Universidad de Murcia.

Saturno PJ. (2001). *Análisis de las organizaciones sanitarias con el modelo de la Fundación Europea para la Calidad*. Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 8: Diagnóstico organizacional. Unidad temática 43. España: Universidad de Murcia;

Iezzoni LI.(1997). Risk adjustment for measuring healthcare outcomes. 2. ed.Chicago, Illinois, Health Administration Press.

Gil More C. (1996). Manual aplicativo de la calidad de atención médica, OPS I OMS, Wash - USA.

Niño , B., Perales, J., Chavesta, X. Leguía, J y Díaz , C.(2012). Calidad de servicio en la consulta externa de un hospital de la región Lambayeque

Octubre 2010.Revista del cuerpo médico.Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Vol.5 N° 1.Enero-Marzo 2012.Chiclayo Perú.

Donabedian A. (1990). Garantía y monitoreo de la calidad de la atención Médica, Revista del Instituto de Salud Pública, "perspectivas" primera, edición, México.

Donabedian A. (1986). La investigación sobre la calidad de la atención Médica Revista Salud y seguridad social del Instituto mexicano de seguridad social, México.

Donabedian A. (1988). Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica Biblioteca de la salud, México D:F: Fondo de cultura Económica, 1988: 496-546.

Donabedian A. (1993). Seminario sobre Garantía de Calidad Esquemas de Conferencias y materiales ilustrativos ", Buenos Aires Argentina.

Donabedian A. (1993). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Pública México, 1993; 35 (3): 238-247.

Donabedian A. (1995). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad" Rev. Calidad de la Atención de Salud, México Vol. 2 N° 3.

Aguirre Gas, H. (2000). Calidad de Atención Médica, Bases para su evaluación y mejoramiento continuo; Noriega Edit. México DF, 2000.

Luft HS, Hunt SS.(1986). Evaluating individual hospital quality through outcome statistics. Jama.

Silva LC. (1997).Escala e indicadores. En: Silva LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud. Una mirada crítica.Cap.3. Madrid:Díaz de Santos.43-58.

Jimenez, R.(2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios una mirada actual. Hospital Clinico quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Rev Cubana Salud Pública 2004;30(1):17-36. URL : http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/spu04104.pdf.

Lembcke PA. (1988).Medición de la calidad de la atención médica mediante estadísticas vitales basadas en áreas de servicio hospitalario: 1. Estudio comparativo de las tasas de apendicectomía. En: Buck C, Llopis A, Nájera E, Terris M, editores. El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Washington, Organización Panamericana de la Salud; p. 972-82.

AHRQ Quality Indicators (2002).Guide to inpatient quality indicators: Quality of Care in Hospitals— Volume, Mortality, and Utilization. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. (AHRQ Pub. No. 02-RO204).

Leatherman S, Mc Carthy D. (1999).Public disclosure of health care performance reports: experience, evidence and issues for policy. *Int J Qual Health Care*; 11(2):93-8.

Donabedian A. (1986).Approaches to assessment: What to assess in evaluating the quality of medical care? *Milbank Mem Fund Quart.* 44:167-70.

De Moraes H, Paganini JM.(1994).*Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe.* OPS/HSS.

De Geyndt W.(1994). Managing the Quality of Health Care in Developing Countries. (World Bank Technical Papers No. 258).

Gilmore CM, De Moraes H. (1996) Manual de gerencia de la calidad. Washington DC. OPS PALTEX.

Brook RH, Mc Glynn EA, Cleary PD.(1996) Quality of health care P. 2: Measuring quality of care. Editorial. *NEJM*; 335(13):966-70.

Delamothe T. (1994). Using outcomes research in clinical practice. *BMJ* ;308:1583-84.

De Moraes y Paganini (1994) Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe. OPS/HSS.

Chassin MR. Quality of Health Care, Part 3: Improving the quality of care. Editorial. *NEJM*, 1996, 335(14):1060-63.

De Geyndt W.(1994). Managing the Quality of Health Care in Developing Countries. World Bank Technical Papers No. 258).

McKee M. (2001).Measuring the efficiency of health systems. *BMJ.*;323:295-6

Donabedian A.(1982) Una exploración conceptual. En: La calidad de la atención médica. La prensa Médica Mexicana Méjico DF.

World Health Organization. Concepts, methods and debates. Consultado el 15 de Enero del 2013. Disponible en: <http://www.who.int/health-systems-performance/concepts.htm>

Waxman H. An inexpensive hospital-based program for outcome evaluation. *Hosp Comm Psych.*1994; 45 (2): 160-62.

Larsen, Attkisson , Hargreaves y Nguyen (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Eval Prog Planning*; 2: 197-202.

Derogatis y Melisaratos (1993). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychol Med*; 13: 595-605.

Ware y Sherbourne (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Med Care*; 30: 473-483.

Salomon L, Gasquet I, Mesbah M, Ravaud P. Construction of a scale measuring inpatients' opinion on quality of care. *Intern J Qual Health Care* 1999;11(6):507-16.

Nathorst-Böös J, Munck IME, Eckerlund I, Ekfeldt-Sandberg C. (2001). An evaluation of the QSP and the QPP: two methods for measuring patient satisfaction. *Intern J Quality in Health Care*; 13:257-64.

Waxman H.(1994). An inexpensive hospital-based program for outcome evaluation. *Hosp Comm Psych.*; 45 (2): 160-62.

Galvéz (1999). Concepto de eficiencia en el contexto de la salud pública cubana. Taller. Aspectos macroeconómicos de la eficiencia en salud. Escuela Nacional de Salud Pública. Ciudad de La Habana.

Thomas WJ, Guire KE, Howart GG. (1997). Is patient length of stay related to quality of care?. *Hosp Health Serv Admin*; 42(4).

Ríos NE.(1987). Estadísticas Hospitalarias. Indicadores de Salud Pública. Selección de artículos. ISCM-H. Facultad de Salud Pública, Ciudad de La Habana.

Milliman. Hospital Efficiency Index. LOS efficiency Index. En: <http://www.op.net/~jcookson/losei.html>

Rodríguez L. (1999). La clínica y su método. Reflexiones sobre dos épocas. Cap. 4. Madrid: Díaz de Santos.

Susana Granado de la Orden, Cristina Rodríguez Rieiro, María del Carmen Olmedo Lucerón, Ana Chacón García, Dolores Vigil Escribano y Paz Rodríguez Pérez(2007) Diseño y Validación de un Cuestionario para evaluar la Satisfacción de Los Pacientes Atendidos en las Consultas externas de un Hospital de Madrid en 2006. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v81n6/original5.pdf>

Bustamante Millalonco, Jessica y Órdenes Hernández, Fernando (2003) Análisis de la Percepción sobre la Satisfacción de los usuarios en el Hospital Regional de Valdivia. Recuperado de: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2003/feb982a/doc/feb982a.pdf>

Civera Satorers, Manuel (2008) Análisis de la Relación entre Calidad y Satisfacción en el Ámbito hospitalario en función del Modelo de Gestión establecido. Recuperado de:

<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10357/civera.pdf;jsessionid=43D1CA44B729406571769BBB9726B3CA.tdx1?sequence=1>

García, Emilio Ignacio (2007) Validación de un Modelo para medir la Calidad asistencial en los Hospitales

Recuperado de:

<http://minerva.uca.es/publicaciones/asp/docs/tesis/ignaciogarcia.pdf>

Ramón Vázquez, Fernando (2011) Evaluación de la representatividad de Indicadores de calidad en hospitales de la República Argentina. Recuperado de:

<https://www.google.com.pe/webhp?sourceid=chromeinstant&rlz=1C1ASUCenPE578PE578&ion=1&espv=2&ie=UTF8#q=tesis%20de%20calidad%20de%20servicio%20en%20hospitales%20o%20clnicas>

Ávila Hernández, Gildardo Guadalupe (2007) Satisfacción del Usuario en Relación con la Atención recibida por el Médico Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 16 Infonavit, La Estancia, Colima.

Recuperado de:

http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Gildardo_Guadalupe_Avila_Hernandez.pdf

Frederick Ferrier, James (1866) Lectures on Greek philosophy and other philosophical remains, Volumen 1. Columbia: Blackwood.

Engels, F. (1961) Dialéctica de la naturaleza. México: Editorial Grijalvo, S.A.

Garvin, D. A. (1996) Competir en las 8 dimensiones de la calidad.

Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/137422983/Ocho-Dimensiones-de-Calidad-Definidas-Por-David-a-Garvin>

Niño , B., Perales, J., Chavesta, X. Leguia, J y Díaz , C.(2012). Calidad de servicio en la consulta externa de un hospital de la región Lambayeque Octubre 2010.*Revista del cuerpo médico.Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, Vol.5 N° 1.Enero-Marzo 2012.Chiclayo Perú.

Deming, Edwards W.(1989). *Calidad, Productividad y Competitividad: La Salida de la Crisis*. Ediciones Diaz de Santos.

Cerezo, P. (1996). *La Calidad del Servicio como elemento estratégico para fidelizar al cliente*. Telework Spain Internet. Recuperado de <http://www.ctv.es/users/ges.world/2.htm>

Horovitz, J.(1991). *La Calidad del Servicio. A la Conquista del Cliente*. Mc. Graw-Hill. Interamericana de España S.A.

Albrecht, K. (1992). *Servicio al cliente Interno*. Primera edición. Barcelona. España. : Ediciones Paidós.

Gilmore, C. y Moraes (1996). H. Manual de Gerencia de Calidad. Volumen III N° 9 O.P.S. (O.S.P., Oficina Regional de la O.M.S.. Fundación WK Kellog. Serie HSP_UNI.

Ross AG, Zeballos JL, Infante A.(2000). La Calidad y la Reforma del Sector Salud,. *Rev. Panamá Salud Pública* 8.

Donabedian, A.(1990). Garantía y Monitoría de la Calidad de Atención Médica: un texto introductorio. Instituto Nacional de salud Pública de México.

V Vidal – Pineda, L; Reyes, H.(1993). Diseño de un Sistema de Monitoreo para el Desarrollo de Programas de Garantía de Calidad. *Salud Pública. Méx.* 35(3): 326-331.

Ziethaml, V.; Parasuraman, A.; Berry, L. (1993). *Calidad Total en la Gestión de Servicios*. Editorial Díaz de Santos. Madrid. España.

Bobadilla, A y Martinez, C.(1998). Características que se relacionan con la Satisfacción Usuaría en el Centro de Salud Mental de la Comuna La Pintana. (Tesis). Santiago de Chile: Pontifica Universidad Católica de Chile.

Alvarado R, Vera A. (2001). Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios de Hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud en Chile. *Rev. Chil Salud Pública*; 5: 81-89.

De la Cuesta, C. (1997). An Exploratory Investigation Of The Sources Of Patient Satisfaction in Ambulatory Care. *Soc Sci Health*; 3: 223-231

Lozano JA.(1997). Grado de Satisfacción en la Atención de Pacientes Hospitalizados: Hospital Goyeneche. (Tesis). Arequipa Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Medicina.

Ministerio de Salud del Perú(2000). Proyecto 2000: Un proyecto de innovaciones en salud. Reporte técnico final del equipo de asistencia técnica. Lima: Ministerio de Salud del Perú, Proyecto 2000; 2002

Pascoe G.(1983) Patient satisfaction in primary care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*. 1983;6:185-210.

Chias. J. (1995) *Marketing Público*. Edit. Macgrawhill.

Hill, C. W. L y Jones, G. R.(1996). *Administración Estratégica, Un enfoque integrado*, México: Ed. Mc Graw Hill.

Senlle A. (1993). *Calidad total en servicios públicos y en la administración Pública*. Barcelona. Ediciones Gestión 2000.

Denhardt, RB(1987) Imágenes de la muerte y la esclavitud en la vida organizacional. *Diario de Gestión*, 13: 529-41, otoño de 1987.

Organización Panamericana de la Salud (1998). *Liderazgo en salud panamericana*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1998 (documento oficial N° 287).

Zeithman, Valerie A. y Bitner Jo.(2002) *Marketing de servicio*. 2da. Edición, Editorial, Fic Graw-Hill Interamericana.

Cronbach, Lee J.(1971). *Desarrolló la Teoría de la Generalizabilidad, para identificar las fuentes de error de las pruebas*.

Reichheld Frederick F.(2003) *El efecto de la lealtad*. Edición original en inglés the loyalty efecto 1996 editorial norma.

Pintado Pasapera Egard A.(2007) *Comportamiento Organizacional Generación y Conducción del Talento Humano*. Lima Perú, segunda edición editorial: Instituto Peruano de Ciencia y la Cultura-IPECU.

OMS (1986).*Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Ottawa.

Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Brasil: Ed. Manole Ltda.

Ribeiro, A. L. A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. Construção e validação de um instrumento de medida*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem S. João, para concurso de Provas Públicas para professor coordenador na área científica de ciências de enfermagem. Porto.

Cleary, P. D; e McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*. Chicago. Vol. 25, nº1, p. 25-36.

Pisco, L; Biscaia, J. (2001) .Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa. Vol. 2, p. 43-51.

Donabedian, A. (1969). Medical Care Appraisal Quality and Utilization. *Guide to Medical Care Administration*. Vol.11. Nova Iorque: American Public Health Association.

Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. Edinova. Lisboa.

García, D.(2013). *Percepción y Expectativas de la calidad de la atención de los servicios de Salud de los usuarios del centro de Salud Delicias Villa-Chorrillos en el Periodo Febrero-Mayo 2013*. Recuperado de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/246/1/Garc%C3%ADa_dl.pdf

Molero,T., Panunzio, A., Cruz, S.,N.,M., Zambrano, M., Parra, I. y Sánchez, J.(2010). *Gestión de la calidad de atención en laboratorios clínicos de hospitales públicos en Maracaibo, Venezuela*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/422/42217796012.pdf>

Castillo Ávila, Irma Yolanda; Villarreal Villanueva, María Paula; Olivera Correa, Elizabeth; Pinzón Consuegra, Alba; Carrascal Soto, Heid (2014). *Satisfacción de usuarias del Control Prenatal en Instituciones de Salud Públicas y factores asociados de Cartagena*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309131703010.pdf>

Shimabuku, Roberto; Fernández, Danitza; Carlos, Gladys; Granados, Katia; Maldonado, Ruth; Nakachi, Graciela(2014). *Las reclamaciones de los usuarios externos en un centro pediátrico de referencia nacional en Lima, Perú*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/379/37932447006.pdf>

Pedraza-Melo, Norma Angélica, Lavín-Verástegui, Jesús, González-Tapia, Anahí, Bernal-González, Idolina (2014). *Factores determinantes en la calidad del servicio sanitario en México: caso ABC*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2654/265433711006.pdf>

Gallardo Ferrada, Amanda y Reynaldos Grandón, Katiúska(2014). *Calidad de servicio: satisfacción usuaria desde la perspectiva de enfermería*. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/revision5.pdf>

Santana, J., Bauer A., Minamisava, R., Queiroz ,A. , and Gomes,M. (2014). *Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital*. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292634/>

Linder-Pelz, S. (1992). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*. Vol.16. Nº 5, p. 577-582.

Cleary, P. D; e McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry. Chicago*. Vol. 25, nº1, p. 25-36.

Vuori, H. (1986) .Patient satisfaction attribute or indicator? Proceedings of an international symposium on quality assurance in health care. Paris.

Monteiro, J. M. L. (1991). Satisfação em Saúde numa perspectiva da garantia da qualidade. Bragança: *Boletim do Hospital de Bragança*. Vol.1. Nº 2.

McIntyre, T; Silva, S. (1999). *Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos services de saúde na região norte: Relatório Final Sumário*. ARS-Norte e Universidade do Minho.

Melo, M. L. (2005) . *Comunicação com o doente certezas e incógnitas*. 1ª ed. Loures: Lusociência.

Paúl, C; Martin, I; Roseira, L. (1999). *Comunidade e saúde: Satisfação dos utentes e voluntariado*. Porto: Ed. Afrontamento.

Marshall, R [et al] (1999). *Consumer and provider views on key dimensions of quality hospital care: A review of the literature*. Abril. Disponível em <http://www.health.state.ri.us/consumer/lit-ver.htm>

Lee, M, A; Yom, Y-H. (2006). A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. Elsevier Ltd. p. 1-11.

Donabedian, A. (1980). *Definition of quality and approaches to its assessment. In Explorations in quality assessment and monitoring* . Vol.1. Michigan, Health Administration Press.

Vuori, H. (1987) .*Patient Satisfaction: An attribute or indicator of the quality of care?*. Q.R.B. March, p.107-108.

Gasquet (2000). *Satisfaction des patients et performance hospitalière*. Masson. Disponível em : <http://www.atmedica.com/article>

Sigurthardottir, A. K. (1996) . Satisfaction among ambulatory surgery patients in two hospitals in Iceland. *J. Nurs Manag*, Mar., nº 4. Vol. 2, p. 69-74.

Fitzpatrick, R. (1993). *Measurement of patient's satisfaction with their care*. London: Royal College of Physicians of London. p. 1-17.

Cantú H., Desarrollo de una Cultura de Calidad (2006) (3era ed.) Mc Graw-Hill/Interamericana Editores S.A. de C.V. México D.F.

Evans J. y Lindsay W. (2004) Administración y Control de la Calidad (4ta. Ed.) International Thomson Editores, S.A. de C.V. México D. F.

Rosander A.C., Los catorce puntos de Deming aplicados a los servicios (1994) (3era. Edición) Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid – España.

Vargas,M. y Aldana, U.(2007). Calidad y Servicio. Conceptos y herramientas. Bogotá-Colombia: Editorial de la Universidad de la Sabana.

Oliver, Richard L. (1980). A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions," Journal of Marketing Research, 17 (September), 46-49

ANEXOS

ANEXO 01: Cuestionario de satisfacción del usuario de consultas externas (SUCE)

Lea con detenimiento cada una de las siguientes aseveraciones e indique cuán de acuerdo está usted con las mismas. Marque sus respuestas circulando en el número que aproximadamente refleja cuánto está usted de acuerdo con el contenido de las aseveraciones en el continuo numérico que se provee al lado derecho de cada aseveración. Trate de contestar todas las aseveraciones sin omitir ninguna y sin repasar sus respuestas. Recuerde que no hay contestaciones correctas o incorrectas; por lo tanto, conteste honestamente cada aseveración. Conteste de acuerdo al siguiente continuo numérico:

Sexo:

1. Femenino ()

2. Masculino ()

Estado Civil:

1. Soltero(a)
2. Casado(a)
3. Conviviente

Edad:

1. 11 a 20 años ()
2. 21 a 30 años ()
3. 31 a 40 años ()
4. 41 a 50 años ()
5. 51 a más años ()

Por favor puntúe de 1 a 5 las siguientes preguntas, siendo el 5 la respuesta mejor valorada y el 1 la respuesta peor valorada.						
1	El tiempo que pasó desde que pidió la cita hasta la fecha de consulta.	1	2	3	4	5
2	Las señalizaciones y carteles para orientarse en el hospital.	1	2	3	4	5
3	Los trámites que tuvo que hacer en Admisión.	1	2	3	4	5
4	El tiempo de espera en consulta.	1	2	3	4	5
5	La comodidad de la sala de espera.	1	2	3	4	5
6	El trato por parte del personal de enfermería.	1	2	3	4	5
7	El trato por parte del personal médico.	1	2	3	4	5
8	El cuidado con su intimidad durante la consulta.	1	2	3	4	5
9	La duración de la consulta.	1	2	3	4	5
10	La información clínica recibida sobre su problema de salud.	1	2	3	4	5
11	La claridad con que le explicaron el tratamiento y pauta.	1	2	3	4	5
12	La facilidad de los trámites que ha tenido que hacer si ha necesitado volver a citarse.	1	2	3	4	5

ANEXO 02: Cuestionario de Calidad del Servicio

INSTRUCCIONES: Lea con detenimiento cada una de las siguientes aseveraciones e indique cuán de acuerdo está usted con las mismas. Marque sus respuestas circulando en el número que aproximadamente refleja cuánto está usted de acuerdo con el contenido de las aseveraciones en el continuo numérico que se provee al lado derecho de cada aseveración. Trate de contestar todas las aseveraciones sin omitir ninguna y sin repasar sus respuestas. Recuerde que no hay contestaciones correctas o incorrectas; por lo tanto, conteste honestamente cada aseveración. Conteste de acuerdo al siguiente continuo numérico: 1=Nunca 2=Casi Nunca 3= A veces 4= Casi siempre 5= Siempre		Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	El personal de informes, le brinda y explica de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa.	1	2	3	4	5
2	La consulta con el médico se realiza en el horario programado.	1	2	3	4	5
3	La atención se realice respetando la programación y el orden de llegada.	1	2	3	4	5
4	Su historia clínica se encuentre disponible en el consultorio para su atención.	1	2	3	4	5
5	Las citas se encuentren disponibles y se obtengan con facilidad.	1	2	3	4	5
6	La atención en caja o en el modulo de admisión del Seguro Integral de Salud (SIS) es rápida.	1	2	3	4	5
7	La atención para tomarse análisis de laboratorio es rápida.	1	2	3	4	5
8	La atención para tomarse exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otros) es rápido.	1	2	3	4	5
9	La atención en farmacia es rápida.	1	2	3	4	5
10	Durante su atención en consultorio se respeta su privacidad.	1	2	3	4	5
11	El médico le realiza un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención.	1	2	3	4	5
12	El médico le brinde el tiempo necesario para preguntas sobre su problema de atención.	1	2	3	4	5
13	El médico que atenderá su problema de salud, le inspira confianza.	1	2	3	4	5
14	El personal de consulta externa lo trata con amabilidad, respeto y paciencia.	1	2	3	4	5
15	El médico que le atendió, mostró interés en solucionar su problema de salud.	1	2	3	4	5
16	Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el problema de salud o resultado de la atención.	1	2	3	4	5
17	Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el tratamiento que recibió: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos.	1	2	3	4	5
18	Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizó.	1	2	3	4	5
19	Los carteles, letreros y flechas de la consulta externa son adecuados para orientar a los pacientes.	1	2	3	4	5
20	La consulta externa cuenta con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes.	1	2	3	4	5
21	Los consultorios cuentan con los equipos disponibles y materiales necesarios para su atención.	1	2	3	4	5
22	El consultorio y la sala de espera se encuentran limpios y son cómodos.	1	2	3	4	5

ANEXO 03: Matriz de consistencia lógica de datos

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGIA
P.G.: ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad del servicio y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013?	O.G.: Determinar la relación que existe entre la calidad del servicio y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.	H.G.: Existe una relación directa y significativa entre la calidad del servicio y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.	variable independiente: X: calidad de servicio	X1:fiabilidad X2:capacidad de respuesta X3: seguridad X4:empatía X5:elementos tangibles	Tipo de Investigación: Descriptiva transversal Nivel de investigación: Cuantitativo Diseño: No experimental Universo: N° igual a la población Población: N° de 19147 Muestra: N° de 317 usuarios Contrastación de hipótesis: Índice de Spearman
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPOTESIS ESPECÍFICAS			
P.E.1: ¿Cuál es la relación que existe entre la fiabilidad y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013?	O.E.1: Investigar la relación que existe entre la fiabilidad y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.	H.E.1: Existe una relación directa y significativa entre la fiabilidad y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.	variable dependiente: Y: satisfacción del usuario externo	Y1: satisfacción por la atención médica Y2: satisfacción por la atención administrativa.	Técnicas / instrumentos: Técnicas: La encuesta Instrumentos: El Cuestionario, para la calidad de servicio y cuestionario para la satisfacción del usuario. 2. Técnicas de procesamiento de información: Con el uso de software Excel y SPSS
P.E.2: ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad de respuesta y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013?	O.E.2: Conocer la relación que existe entre la capacidad de respuesta y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.	H.E.2: Existe una relación directa y significativa entre la capacidad de respuesta y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.			
P.E.3: ¿Cuál es la relación que existe entre la seguridad y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013?	O.E.3: Identificar la relación que existe entre la seguridad y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.	H.E.3: Existe una relación directa y significativa entre la seguridad y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.			

P.E.4: ¿Cuál es la relación que existe entre la empatía y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013?	O.E.4: Determinar la relación que existe entre la empatía y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.	H.E.4: Existe una relación directa y significativa entre la empatía y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.			
P.E.5: ¿Cuál es la relación que existe entre los elementos tangibles y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013?	O.E.5: Establecer la relación que existe entre los elementos tangibles y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.	H.E.5: Existe una relación directa y significativa entre los elementos tangibles y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo, 2013.			

ANEXO 04: Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Calidad del servicio	La calidad de servicio consiste en la discrepancia entre los deseos de los usuarios acerca del servicio y la percepción del servicio recibido. (Parasuraman, Zeithaml y Berry	La variable será medida a través de un cuestionario de 22 ítems (5 para la dimensión fiabilidad, 4 para la dimensión capacidad de respuesta, 4 para la dimensión seguridad, 5 para la dimensión empatía, 4 para los elementos tangibles).	<ul style="list-style-type: none"> • fiabilidad • capacidad de respuesta • seguridad 	<p>ítems 01 al 05</p> <p>ítems 06 al 09</p> <p>ítems 10 al 13</p>	<p>1) Totalmente de acuerdo,</p> <p>2) de acuerdo.</p> <p>3) Ni de acuerdo o desacuerdo.</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo.</p>

	,1988).		<ul style="list-style-type: none">• empatía• elementos tangibles	<p>ítems 14 al 18</p> <p>ítems 19 al 22</p>	
--	---------	--	---	---	--

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Satisfacción del cliente externo	Satisfacción que experimenta un usuario en relación a un producto o servicio que ha adquirido, porque precisamente el mismo ha cubierto en pleno las expectativas depositadas en el al momento de adquirirlo. Es decir, es la conformidad del usuario con el producto o	La variable será medida a través de un cuestionario de 12 ítems(8 para la dimensión significancia de tarea, 8 para la dimensión condiciones de trabajo, 7 para la dimensión reconocimiento personal y/o social y 4 para la dimensión beneficios económicos).	<ul style="list-style-type: none"> Atención médica. Atención administrativa. 	<p>Ítems 1 al 6</p> <p>Ítems 7 al 12</p>	<p>1)Totalmente de acuerdo,</p> <p>2)de acuerdo.</p> <p>3)Ni de acuerdo o desacuerdo.</p> <p>4)En desacuerdo</p> <p>5)Totalmente en desacuerdo.</p>

	<p>servicio que compró ya que el mismo cumplió satisfactoriamente con la promesa de venta oportuna.</p>				
--	---	--	--	--	--

